



**UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN**

Departamento de Ciencias de la Educación

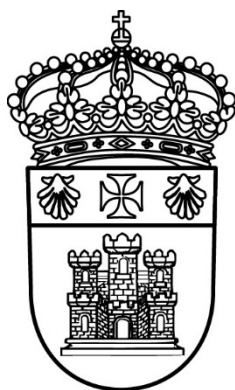
**CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO, SEXISMO Y PREJUICIOS HACIA LA
DIVERSIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR:
ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS Y VALIDACIÓN DE
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN INGLÉS Y EN ESPAÑOL**

TESIS DOCTORAL POR COMPENDIO

Presentada por:
Laura Alonso Martínez

Dirigida por:
María Fernández Hawrylak

2022



**UNIVERSIDAD DE BURGOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN**

Departamento de Ciencias de la Educación

**CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO, SEXISMO Y PREJUICIOS HACIA LA
DIVERSIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR:
ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS Y VALIDACIÓN DE
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN INGLÉS Y EN ESPAÑOL**



UNIVERSIDAD
DE BURGOS

Departamento de Ciencias de la
Educación

María Fernández Hawrylak, Profesora Titular del Área de Conocimiento de Didáctica y Organización Escolar adscrita al Departamento de Ciencias de la Educación de la Facultad de Educación, de la Universidad de Burgos

HACE CONSTAR:

Que el informe de investigación bajo el título:

***CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO, SEXISMO Y PREJUICIOS HACIA LA
DIVERSIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR:
ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS Y VALIDACIÓN DE
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN INGLÉS Y EN ESPAÑOL***

que presenta Dña. *Laura Alonso Martínez* para aspirar al grado de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección y reúne las condiciones científicas y académicas necesarias para su presentación por Compendio de Publicaciones de acuerdo con la normativa vigente en la Universidad de Burgos.

A efectos de su presentación ante el Tribunal correspondiente en la Universidad de Burgos, lo firmo en Burgos a nueve de mayo de dos mil veintidós.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN – ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN GENERAL – GENERAL INTRODUCTION	11

PRIMERA PARTE MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. SEXUALIDAD HUMANA	25
1. INTRODUCCIÓN	27
2. CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LA SEXUALIDAD	29
2.1. Contextualización sociohistórica de la sexualidad	29
2.2. Teorías sobre la sexualidad	35
3. CONCEPTO DE SEXUALIDAD HUMANA	43
3.1. Conceptualizaciones sobre la sexualidad	43
3.2. Vocabulario y significados: Identidad de género y Orientación sexual	50
4. FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS Y FISIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD	53
4.1. Fundamentos biológicos	53
4.1.1. Aparato reproductor femenino	53
4.1.2. Aparato reproductor masculino	57
4.2. Proceso de fertilización, implantación y embarazo	59
4.3. Fisiología sexual	60
4.4. Problemas biológicos de la reproducción humana: la esterilidad	62
5. DESARROLLO PSICOSEXUAL Y EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA	65
5.1. Desarrollo prenatal	65
5.2. Desarrollo neonatal hasta los dos primeros años de vida	67
5.3. Desarrollo durante la segunda infancia: de los dos primeros años de vida a los 11/12 años	68
5.4. Desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia: de los 11/12 años a los 18/20 años	71
5.5. Desarrollo de la sexualidad durante la juventud: de los 20 a los 35 años	76
5.6. Desarrollo de la sexualidad durante la edad adulta: a partir de los 35 años	78
5.7. Desarrollo de la sexualidad durante la vejez	79

CAPÍTULO 2. SALUD SEXUAL, ACTITUDES Y CONDUCTAS SEXUALES DURANTE LA VIDA ADULTA	81
1. INTRODUCCIÓN	83
2. SALUD Y SALUD SEXUAL	85
3. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD	93
3.1. Actitud	96
3.1.1. Erotofilia y erotofobia XX	97
3.1.2. Estrategias significativas para desarrollar actitudes erotofílicas	97
3.2. Actitud negativas sexistas, heterosexistas y pedofílicas	98
3.2.1. Sexismo, actitudes sexistas y violencia de género	98
3.2.2. Heterosexismo, homofobia, transfobia y discriminación hacia la diversidad sexual y de género	104
3.2.3. Actitudes y conductas inapropiadas hacia los menores	108
4. CONDUCTAS SEXUALES	109
4.1. Conductas sexuales en solitario	111
4.2. Conductas sexuales con los otros	114
4.3. Conductas de riesgo en la sexualidad	118
4.3.1. Riesgos a nivel biológico	118
4.3.2. Riesgo a nivel psicoafectivo y social	124
 CAPÍTULO 3. LA EDUCACIÓN SEXUAL	 129
1. INTRODUCCIÓN	131
2. EDUCACIÓN SEXUAL	133
2.1. Fundamentación del origen de la Educación Afectivo Sexual	137
2.2. Modelos didácticos de Educación Sexual y Afectiva	141
2.2.1. Modelo de riesgos	142
2.2.2. Modelo moral	143
2.2.3. Modelo revolucionario o de liberación de la Educación Sexual ..	144
2.2.4. Modelo biográfico y profesional	145
3. MARCO NORMATIVO DE LA EDUCACIÓN	149
3.1. La regulación de la Educación Sexual en España	151
3.1.1. Regulación de la Educación Sexual en el currículum escolar en España	152
3.1.2. Regulación de la Educación Sexual en los planes de estudio universitarios en España	154
3.2. La regulación de la Educación Sexual en Reino Unido	158
3.2.1. Regulación de la Educación Sexual en el currículum escolar en Reino Unido	159
3.2.2. Regulación de la Educación Sexual en los planes de estudio universitarios en Reino Unido	160
3.3. Análisis comparativo de la Educación Sexual en España y Reino Unido	162
4. EDUCACIÓN SEXUAL EN EL MARCO INTERDISCIPLINAR	167
4.1. La enseñanza y la formación de los profesionales en Educación Sexual	167
4.2. Conocimientos y competencias de los profesionales en Educación Sexual	172
4.3. Reflexión sobre los obstáculos de la Educación Sexual y la formación de profesionales	176

SEGUNDA PARTE MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA	181
1. INTRODUCCIÓN	183
2. JUSTIFICACIÓN	185
3. PREGUNTAS, OBJETIVOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	189
4. ESTUDIO I. La importancia de la Salud Global en Enfermería: ¿qué sabemos?	193
5. ESTUDIO II. Creencias sobre la Educación Afectivo Sexual en los estudiantes de Ciclos Formativos sanitarios y sociosanitarios	195
6. ESTUDIO III. Diferentes actitudes hacia la sexualidad entre estudiantes de Enfermería de primero y cuarto curso	197
7. ESTUDIO IV. Understand sexual risk behaviours in young adults and challenges in their education	199
8. ESTUDIO V. English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes towards Trans People (EANT)	201
9. ESTUDIO VI. The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC): Spanish validation and English revalidation of a brief scale that evaluates the impact of risky sexual behavior on the health of young adults	203
10. ESTUDIO VII. Validation in Spanish and revalidation in English of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS) and trans inclusive behaviors on Spanish and British youth	205
11. ESTUDIO VIII. Sexual Risk Behaviour, Sexism and Prejudices Towards Sexual Openness, Homosexuality and Trans individuals amongst people Spain and the United Kingdom: an analysis of Related Variables	207
12. RELACIÓN DE AUTORES EN EL COMPENDIO DE PUBLICACIONES	211
 CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN GLOBALES – GLOBAL DISCUSSION AND CONCLUSION	 223
1. INTRODUCCIÓN	225
2. DISCUSIÓN GENERAL	227
2.1. Educación global en sexualidad	229
2.2. Conductas sexuales de riesgo	232
2.3. Prejuicios sexuales y predisposiciones negativas hacia la sexualidad	234
3. CONCLUSIÓN GENERAL	243
4. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE LA INVESTIGACIÓN	245
 1. INTRODUCTION	 247
2. GLOBAL DISCUSSION	249
2.1. Global sexuality education	251
2.2. Risky sexual behaviour	254
2.3. Sexual prejudices and negative predispositions towards sexuality	256
3. GLOBAL CONCLUSION	263
4. LIMITATIONS AND FUTURE LINES OF RESEARCH	265

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	267
ANEXOS	313
ANEXO 1. ESTUDIO I. La importancia de la Salud Global en Enfermería: ¿qué sabemos?	315
ANEXO 2. ESTUDIO II. Creencias sobre la Educación Afectivo Sexual en los estudiantes de Ciclos Formativos sanitarios y sociosanitarios	339
ANEXO 3. ESTUDIO III. Diferentes actitudes hacia la sexualidad entre estudiantes de Enfermería de primero y cuarto curso	347
ANEXO 4. ESTUDIO IV. Understand sexual risk behaviours in young adults and challenges in their education	365
ANEXO 5. ESTUDIO V. English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes towards Trans People (EANT)	401
ANEXO 6. ESTUDIO VI. The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC): Spanish validation and English revalidation of a brief scale that evaluates the impact of risky sexual behavior on the health of young adults	425
ANEXO 7. ESTUDIO VII. Validation in Spanish and revalidation in English of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS) and trans inclusive behaviors on Spanish and British youth	469
ANEXO 8. ESTUDIO VIII. Sexual Risk Behaviour, Sexism and Prejudices Towards Sexual Openness, Homosexuality and Trans individuals amongst people in Spain and the United Kingdom: an analysis of Related Variables	509

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1.	Capítulo 1. Comparativa entre las distintas teorías que estudian la sexualidad	42
Tabla 2.	Capítulo 2. Los derechos humanos y la salud guarecidos por la OMS	86
Tabla 3.	Capítulo 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible	87
Tabla 4.	Capítulo 2. Los Derechos Sexuales	89
Tabla 5.	Capítulo 2. Características de una persona con salud sexual	92
Tabla 6.	Capítulo 2. Estereotipos de género y de rol sexual	103
Tabla 7.	Capítulo 2. Factores que influyen las actitudes y los comportamientos sexuales de riesgos y sus consecuencias	128
Tabla 8.	Capítulo 3. Modelo biográfico y profesional de Fallas	148
Tabla 9.	Capítulo 3. Problemas de formación básica del profesorado universitario en Educación sexual	158
Tabla 10.	Capítulo 3. Diferencias y similitudes de la educación sexual escolar en España y Reino Unido	164
Tabla 11.	Capítulo 3. Diferencias y similitudes de la educación sexual universitaria en España y Reino Unido	165
Tabla 12.	Capítulo 3. Objetivos y competencias básica sobre sexualidad de los profesionales universitarios	175
Tabla 13.	Capítulo 4. Variables de resultado	208

FIGURAS

Figura 1.	Capítulo 1. Aparato genital femenino	55
Figura 2.	Capítulo 1. Aparato genital masculino	58
Figura 3.	Capítulo 1. Evaluación de la maduración sexual femenina según la Escala de Tanner	72
Figura 4.	Capítulo 1. Evaluación de la maduración sexual masculina según la Escala de Tanner	72

**CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO, SEXISMO Y PREJUICIOS HACIA
LA DIVERSIDAD SEXUAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR:
ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS Y VALIDACIÓN DE
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN INGLÉS Y EN ESPAÑOL**

A mis padres, Francisco Javier y María Jesús,
a mi pareja
y a todas las personas que me han apoyado en este largo camino.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a mi directora, la Doctora María Fernández Hawrylak, con quien he compartido mis inicios en la investigación, su lucha para que llegue a convertirme en una buena profesional en el mundo universitario. María ha sabido entender mis ganas de trabajar y reconducir mi energía para afrontar los obstáculos de diversa índole que se han ido presentando, dándome con ello esta oportunidad. Sin ella este logro tan deseado no habría visto la luz, siendo la pieza clave de mi tesis. También quiero agradecer a mi tutora, la Doctora Davinia Heras Sevilla, que con su carácter sereno ha sabido calmar mi ímpetu y mi impaciencia y ponerme “los pies en la tierra”, aconsejándome sobre la investigación que debía seguir y aportándome ideas maravillosas.

Agradezco a mis padres Francisco Javier y María Jesús y a mi pareja su apoyo incondicional, por ayudarme a superar mi frustración y por no permitir en ningún momento que me desalentara. Sin su gran apoyo no habría podido alcanzar mis sueños.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento al Doctor Simon Forrest por su generosidad al brindarme la oportunidad única de realizar una estancia en Reino Unido y aprender de un gran experto; y por su refuerzo para conseguir todo aquello que me planteaba para desarrollar mi tesis en ese país. Aprender de él ha sido una de las experiencias más enriquecedoras de mi carrera como investigadora. También quiero agradecer al Doctor Johannes Hönekopp su ayuda imprescindible durante mi estancia de investigación en Reino Unido con la estadística y por enseñarme como ser una investigadora metódica y ordenada que basa su trabajo en la evidencia científica.

Quiero agradecer a los profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud por abrirme puertas en este camino profesional y creer en mí en todo momento.

Agradezco a todos los estudiantes que han participado desinteresadamente en esta investigación cumplimentando los cuestionarios y al profesorado y otros profesionales de las universidades de Castilla y León, La Rioja y de la región del Noreste de Inglaterra que han colaborado en administrarlos, cediéndome su valioso tiempo.

Vaya también mi agradecimiento a los familiares y a la Asociación de familias de menores Trans, CHRYSALLIS por su disposición y colaboración en mi trabajo.

Y quiero agradecer a mis amigas y a mis compañeras de despacho con las que he podido desahogarme y hablar sobre la sexualidad y de todo aquello que se relacionaba con mi investigación, su inestimable compañía a lo largo de este proceso.

*“Cada tic-tac es un segundo de la vida que pasa, huye, y no se repite.
Y hay en ella tanta intensidad, tanto interés,
que el problema es solo saberla vivir.
Que cada uno lo resuelva como pueda”.*

Frida Kahlo

RESUMEN – ABSTRACT

La presente investigación sobre sexualidad humana aglutina un conjunto de estudios centrados en medir la sexualidad en futuros profesionales de diferentes ramas disciplinares de conocimiento. El análisis y la indagación de las actitudes y conductas hacia la sexualidad es uno de los objetivos educativos clave a nivel mundial para la promoción de la salud y la reducción de prejuicios sexuales.

La investigación tiene como objetivo principal examinar las competencias en sexualidad de los estudiantes de Educación Superior antes de su transición a la práctica profesional, comparando conductas sexuales de riesgo y actitudes hacia la apertura sexual, la educación sexual, el sexo seguro, el sexismo y las minorías sexuales.

Previamente a estos estudios, se evaluó el concepto de salud global y se describieron cuantitativamente las conductas y las predisposiciones sexuales en los estudiantes de ciclos formativos de educación y sanidad y en los estudiantes universitarios de primero y cuarto curso de Grado en Enfermería. También se realizaron estudios con enfoques cualitativos de estos constructos en profesionales, principalmente de los sectores de salud y de educación, en los que se abordaron temáticas relacionadas con la diversidad y las conductas sexuales de riesgo.

La mayor muestra con la que se realizaron los análisis cuantitativos para la validación de las escalas estuvo compuesta por 1613 participantes, de los cuales 1048 residían en España con un rango de edad de 18 a 65 años ($M = 25.12$, $DT = 7.38$) y 565 residían en Reino Unido con un rango de 18 a 52 años ($M = 21.70$, $DT = 4.28$). Estos participantes completaron un cuestionario compuesto por seis escalas estandarizadas (HPSC, DSS, SOS, HATH, EANT y TIBS).

Los estudiantes universitarios británicos mostraron menores adherencias sexuales por género y los estudiantes españoles presentaron actitudes más positivas hacia las minorías sexuales y el placer. Además de estos hallazgos, los resultados globales que se obtuvieron del compendio de los estudios indicaron que los estudiantes realizan un mayor número de conductas sexuales de riesgo, tienen menores adherencias al doble estándar sexual y actitudes más positivas hacia el placer sexual, la orientación homosexual y las personas trans que los resultados de estudios anteriores. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en las conductas y actitudes sexuales en función del género, la edad, la religiosidad y el curso

universitario que resaltan la importancia de las normas socioculturales, es decir, la influencia de la legislación y la educación de cada uno de estos países.

Por otro lado, se validaron dos escalas en español que evalúan las conductas sexuales de riesgo (HPSC) y las conductas inclusivas hacia las personas trans (TIBS) y otra escala en inglés que evalúa las actitudes negativas hacia las personas trans (EANT). Estas escalas ayudan a medir las tendencias comportamentales y actitudinales que revelan cuáles son las principales conductas de riesgo y prejuicios que están implícitos en nuestra sociedad.

Para concluir, este estudio contribuye al conocimiento de los factores relacionados con los comportamientos y actitudes sexuales negativos, poniendo de manifiesto la falta de formación sexual que no permite a los profesionales abordarlo de manera cualificada. Estos hallazgos apoyan el desarrollo y la implementación de estrategias de salud pública para prevenir e intervenir ante las conductas sexuales de riesgo y contribuir a la reducción de predisposiciones negativas hacia la sexualidad.

PALABRAS CLAVE: actitud; conducta; educación superior; riesgo; prejuicio; profesionales; sexualidad.

The present research on human sexuality brings together a set of studies focused on measuring sexuality in future professionals from different disciplinary branches of knowledge. The analysis and inquiry of attitudes and behaviours towards sexuality is becoming one of the most important educational objectives worldwide for the improvement of health and the reduction of sexual prejudices.

The main aim of the research is to examine the sexuality competencies of Higher Education students before their transition to professional practice, comparing risky sexual behaviours and attitudes towards sexual openness, sexual education, safe sex, sexism and sexual minorities.

Previously to these studies, the concept of global health was evaluated, and the sexual behaviours and predispositions were described quantitatively in students of educational and health training cycles and in incoming and outgoing nursing undergraduates. Studies were also carried out with qualitative approaches to these constructs in professionals mainly from the health and education sectors, which addressed issues related to the sexual diversities and risky sexual conducts.

The largest sample with which the quantitative analyses were carried out for the validation of scales was made up of 1613 participants, of which 1048 resided in Spain with an age range of 18 to 65 years ($M = 25.12$, $DT = 7.38$) and 565 they resided in the United Kingdom, with a range of 18 to 52 years ($M = 21.70$, $DT = 4.28$). These participants completed a survey comprising six standardized scales (HPSC, DSS, SOS, HATH, EANT, and TIBS).

British university students showed less sexual adherence by gender and Spanish students more positive attitudes towards sexual minorities and pleasure. In addition to these findings, the global results obtained from the compendium of studies indicated that students perform a greater number of risky sexual behaviours, have fewer adherences to the sexual double standard and more positive attitudes towards sexual pleasure, homosexual orientation and trans people than the results of previous studies. Nevertheless, significant differences were found in sexual behaviours and attitudes based on gender, age, religiosity and university course that highlight the importance and influence of sociocultural norms, that is, the legislation and education of each of these countries.

On the other hand, it was conducted the validation of two scales in Spanish that assess risky sexual behaviours (HPSC) and inclusive behaviours towards trans and non-binary people (TIBS) and another scale in English of negative attitudes towards

trans people (EANT). These studies help to measure the behavioural and attitudinal trends that reveal the main risk behaviours and prejudices that are implicit in our society.

To conclude, this research contributes to the knowledge of the factors related to negative sexual behaviours and attitudes, exposing the lack of sexual training that does not allow professionals to address it in a qualified way. These findings support the development and implementation of public health strategies to address the prevention and intervention of these conducts and the reduction of negative predispositions towards sexuality.

KEYWORDS: attitude; conduct; higher education; risk; prejudice; professionals; sexuality.

INTRODUCCIÓN GENERAL – GENERAL INTRODUCTION

Los seres humanos somos seres sexuados y la sexualidad es una característica inherente de nuestro desarrollo social, físico, psíquico, emocional y personal. El desarrollo de la sexualidad se produce de manera continua e integrada durante los diferentes procesos y etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez (López Soler, 2003). Conviniendo con estas afirmaciones, trataré de introducir en torno a ellas la línea de investigación sobre sexualidad humana que presento como tesis doctoral por Compendio de Publicaciones de acuerdo con la normativa vigente del Programa de Doctorado en Educación de la Universidad de Burgos, publicada en la Memoria del Título aprobada conforme al Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan los Programas Oficiales de Doctorado:

La Tesis doctoral podrá ser por Compendio de Publicaciones (tres publicaciones de alta calidad, de las que al menos dos habrán de estar referenciada en el Journal Citation Reports y, preferentemente, con Mención Internacional, de acuerdo con la normativa vigente en la Universidad de Burgos (p. 23).

Cuando nací, mis padres se alegraron de mi nacimiento; aunque ellos habían pensado que no tendrían descendencia, ya que mi madre por aquel entonces tenía 36 años y mi padre 38 años, me aceptaron con la mayor de las alegrías. Me criaron y educaron, imagino, como la mayoría de las niñas de mi generación, con unos estilos educativos más permisivos alrededor de la sexualidad que las niñas y niños de generaciones anteriores, y me fueron inculcando la igualdad entre mujeres y hombres; además, mis padres eran los dos profesionales y compartían, más o menos de manera equilibrada, la educación de su única hija, lo que podría valorarse como un buen ejemplo.

Pero a medida que crecía sentí que los ideales de sexualidad que me habían ido transmitiendo no se cumplían. Comencé a darme cuenta de lo influyente que eran los roles de género en las experiencias que vivía y en las decisiones que tomaba.

En el Grado en Enfermería en la Universidad de Burgos, gran parte de mis compañeros eran mujeres. El ambiente en el que expresar la sexualidad y las propias vivencias parecía saludable. Esto confundió mi mente juvenil cuando reparé en que durante la etapa universitaria las mujeres destacaban académicamente, pero en el

ámbito laboral los puestos más altos eran ocupados principalmente por hombres. Mismamente en el Grado en Enfermería, como he señalado, la mayor parte del alumnado son mujeres, pero entre el profesorado predominaban los varones. Además, en esta carrera hablábamos del empoderamiento de la mujer, pero la realidad laboral, experimentada durante las prácticas curriculares era muy diferente. Mis compañeras en el Grado, así como mis amistades más cercanas, también sentían una presión social similar a la mía, cada uno según su identidad sexual. Me pregunté si al resto del mundo le sucedía lo mismo. Con el paso de los años fui cada vez más consciente de que nuestro desarrollo personal está marcado por nuestra sexualidad.

La globalización de la economía de libre mercado marca el rumbo del mundo, lo que centra **el primer artículo** de esta investigación. Con demasiada frecuencia las profesiones del cuidado se consideran asociadas a un rol femenino de maternidad (Enfermería, Magisterio...). Pero ciertamente, lo que parece cobrar valor, son las profesiones masculinizadas más tendentes al incremento del poder económico como las carreras STEM (Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas). Ampliando esta visión social reflexioné en la sexualización mundial de la mujer, presionada por los estándares de belleza que se alientan desde la macroeconomía; incluso la propia maternidad está auspiciada por estos cánones. Por ejemplo, en mi círculo de allegados, las mujeres, a pesar de tener cualificaciones académicas más altas que los varones, trabajaban más horas con peores horarios y menor remuneración, reconocimiento o promoción e incluso a veces se les reclama un comportamiento esperado según los roles de género. ¿Qué podía hacer para cambiar esta situación?

Bajo esta línea argumental se abrían nuevos interrogantes, algunos dirigidos hacia el contexto social. ¿Qué es la sexualidad y qué impacto tiene en la sociedad actual? ¿Existe personal cualificado para abordar y educar en materia de sexualidad? Si existe ¿qué características y destrezas han desarrollado estos profesionales? ¿Existen diferencias en la manera en que se enseña la sexualidad a los profesionales en las formaciones universitarias? ¿Qué visiones se transmiten de la sexualidad en las profesiones más relacionadas con la formación social? ¿Existen diferencias individuales y/o culturales en las actitudes hacia la sexualidad? Si es así ¿de qué dependen? ¿Qué factores educativos están detrás del cambio de las actitudes hacia la sexualidad? Y dado que la sexualidad es inherente al hecho humano y concierne a todos ¿Por qué no es una educación interdisciplinar? Estas cuestiones surgidas de mis reflexiones críticas, de mi experiencia personal y de la necesidad de ayudar a cambiar

de una manera significativa las actitudes nocivas hacia la sexualidad, me llevaron a adentrarme en la materia de una manera más profunda a la par que académica.

Tras la lectura de los trabajos sobre sexualidad de célebres autores (fundamentalmente psicólogos, antropólogos y sociólogos), después de muchas reflexiones, me inicié en el desarrollo psicológico, físico y social del ser humano, estudiando también, dentro del Grado en Psicología en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), diferentes teorías como las de Sigmund Freud, quien hablaba de la sexualidad desde una perspectiva machista o Michel Foucault que lo hacía desde un enfoque más liberador hacia la diversidad sexual. Por otra parte, autores como Jean Piaget, Helen Fisher e incluso Jhon Scott trataban de manera muy parcializada la sexualidad centrándose en el desarrollo biológico normal desde una visión cultural marcada por las ideas culturales de su época.

Aunque la literatura científica contribuyó a resolver algunos de estos interrogantes, no cubría específicamente todas mis inquietudes. Habiendo realizado el Máster Universitario en Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas en la Universidad de Burgos, y otro Máster en Investigación en Ciencias de la Salud en la Universidad Complutense de Madrid, donde precisamente realicé investigaciones sobre sexualidad humana para presentar como Trabajos de Fin de Máster, decidí ahondar en las actitudes hacia la sexualidad ampliando los trabajos que había emprendido, y que se plasmaron posteriormente en otros **dos artículos** que forman parte de esta tesis dentro de la línea de investigación. Estos estudios cuantitativos se dirigen a analizar, comprender y evaluar las actitudes y conductas negativas hacia la sexualidad de los futuros profesionales y valorar si han sido adecuadamente formados. El primero de ellos se dirige a describir los aspectos interpretativos de las actitudes y conductas hacia la sexualidad en ciclos formativos sanitarios y sociosanitarios. El segundo se centra en evaluar esta misma cuestión en alumnos de primero y cuarto curso del Grado en Enfermería.

Tratando también de comprender la sexualidad desde distintos aspectos culturales, fui cada vez más ahondando en obras que ampliaron mi visión y me ayudaron a desarrollar una idea más amplia de la sexualidad. Realicé una estancia de investigación en la Universidad de Newcastle (Reino Unido) supervisada por el Catedrático Doctor Simon Forrest de la Universidad de Durham, lo que me permitió no solo optar a la mención internacional, sino construir una red interdisciplinar

internacional de contactos que posibilitaron desarrollar un estudio muy sólido dentro de la línea de investigación. De esta manera, se llevaron a cabo el cuarto, quinto, sexto, séptimo y octavo artículo. **El cuarto artículo** se desarrolló a la vez que estaba realizando mi estancia investigadora en Reino Unido y estudiaba el Máster en Ciencias Psicológicas en la Universidad de Northumbria (Reino Unido), formación que habilita para ser psicólogo en este país. Este artículo, junto con otra investigación publicada en un capítulo de libro, permitió ayudarme a describir los aspectos interpretativos de las actitudes y conductas sexuales de riesgo hacia la sexualidad. El **quinto, sexto, séptimo y octavo artículo** se sustentaron en diseños cuantitativos. Los tres primeros enumerados en la frase anterior corresponden a la validación de escalas en inglés y en español. El **quinto artículo** se centra en la validación en inglés de una escala de actitudes negativas hacia las personas trans. El **sexto artículo** se centra en la validación en español y la revalidación en inglés de una escala para evaluar los comportamientos hacia las conductas sexuales de riesgo. El **séptimo artículo** se centra en la validación en español y la realización del análisis factorial confirmatorio en inglés de una escala de comportamientos inclusivos hacia las personas trans. Finalmente, el **octavo artículo** se centra en describir las actitudes hacia la sexualidad relacionadas con la docencia formal e informal en Educación Sexual, como, por ejemplo, ideas acerca de la homosexualidad, la inclusión de las personas trans, los roles de género o las conductas sexuales de riesgo, en una amplia muestra de población española, principalmente de la Universidad de Burgos en Castilla y León, España y de la británica principalmente de la Universidad de Newcastle en Newcastle Upon Tyne, Reino Unido, a fin de buscar y observar similitudes y diferencias de las actitudes hacia la sexualidad de los profesionales en una muestra transcultural.

La vivencia de la sexualidad influye en el bienestar y en la salud, pero para conocer el bienestar de la salud sexual es necesario saber qué entendemos por salud sexual. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006) la define como “*un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad y con las relaciones sexuales que necesita de una educación respetuosa y de la búsqueda de experiencias sexuales placenteras, seguras, libres de coacción, discriminación y violencia*”. Con referencia a la salud sexual, se ha venido utilizado como herramienta de medición la cantidad de población afectada por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), habiendo un millón de personas en el mundo contagiadas cada día y que, por tanto, no se encuentran en un estado completo de bienestar. En 2020, 37,7 millones de personas

vivían con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) según datos de ONUSIDA (2021). Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual mundial, figurando entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica. Pero debido a la complejidad de la sexualidad y más específicamente de los comportamientos sexuales humanos, las respuestas proporcionadas por las organizaciones internacionales no están siendo suficientes, suponiendo un gran desafío atender a las diferencias culturales de la población mundial (WHO, 2021).

La sexualidad no se puede estudiar de manera parcializada necesita de una cooperación global para conseguir cambios significativos. En cuanto a la formación educativa en sexualidad, a nivel mundial existen publicaciones científicas de gran impacto centradas en mejorar la efectividad de los programas de prevención y promoción de la salud desde la investigación, la educación, los servicios de detección y los tratamientos de las ITS. La WHO indica que se debe continuar con los programas y con las actividades que nos permitan proporcionar la atención necesaria a nivel mundial, limitando las desigualdades existentes entre países (WHO, y Marcolino, 1969). No podemos seguir permitiendo que las poblaciones marginales, los trabajadores sexuales, los consumidores de drogas inyectables, los reclusos, las poblaciones nómadas y los adolescentes, sigan presentando las tasas más altas de ITS, y, además, que con frecuencia carezcan de acceso a los servicios de salud apropiados (WHO, 2019). Por consiguiente, la educación tiene la responsabilidad y la facilidad de promover un cambio significativo en la vivencia sana de la sexualidad (UIPES, 1999). Desde este aspecto global de salud, la educación sexual puede incluirse dentro de la Educación para la Salud, entendiéndola como el proceso didáctico de enseñanza-aprendizaje destinado a generar estrategias que faciliten la comprensión de información sanitaria y el desarrollo de habilidades destinadas para la prevención y la promoción de la salud. La responsabilidad de esta educación está en manos de los profesionales sanitarios y de los profesionales de la educación, pero para su garantía y mayor calidad se necesita de la implicación social (Davies, y MacDonald, 1998).

Como he expuesto, curiosamente las conductas sexuales de riesgo se han mantenido a pesar de los esfuerzos organizacionales realizados, por lo que he considerado en esta investigación incluir transversalmente en la sexualidad el enfoque afectivo, de igualdad de género y diversidad sexual para contribuir a cambios significativos en la salud sexual y el cumplimiento de los Derechos Humanos fundamentales para garantizar una mejora significativa de bienestar social. La

sexualidad positiva, diversa, inclusiva e igualitaria es el único medio que tenemos para conseguirlo (Vehmas, 2019).

El estudio sobre la sexualidad y sus actitudes en los profesionales puede ser de gran interés para desarrollar programas en Educación Sexual que consigan un cambio significativo en su formación y de esta manera, contribuir a crear una sociedad más igualitaria por sexos, reducir las desigualdades salariales, disminuir las violaciones, generar actitudes más positivas ante las diversidades sexuales y a eliminar estereotipos negativos y diferencias de roles únicamente marcadas por el sexo.

Esta tesis por compendio se centra en la salud sexual de poblaciones estudiantiles de enseñanza, principalmente de educación superior. Su enfoque está vinculado a las disciplinas de dominio de esta autora, que además incluye las áreas de conocimiento de Enfermería, Psicología y Métodos de Investigación, haciendo que esta obra se enriquezca por la transversalidad de sus ciencias empleadas.

El documento que se presenta consta de dos partes. Una aproximación teórica formada por 3 capítulos que se dedican a la conceptualización de la sexualidad humana, la salud y educación sexual y los programas más utilizados para medir las actitudes hacia la sexualidad. Y un marco metodológico de otros 2 capítulos en los que se expone algo más detallado el contenido de cada uno de los artículos que se han indicado desde su línea de investigación, así como su discusión y el aporte de las conclusiones derivadas. Finalmente se cierra con un apartado que anexa los artículos científicos de esta investigación publicados y aquellos que actualmente están en procesos de revisión. Se referencian, asimismo, los indicadores de calidad de cada publicación (índice de impacto del año de publicación en JCR/SJR). Se incluyen también como indicadores de calidad de los trabajos científicos realizados las métricas de calidad profesional en función de artículos científicos publicados y citas modestas dado lo reciente de la investigación. Finalmente cabe destacar que partes o matices que rodean estos trabajos, también han sido difundidos a través de congresos y otros eventos científicos.

Human beings are sexed beings, and sexuality is an inherent characteristic of our social, physical, mental, emotional, and personal development. The development of sexuality occurs in a continuous and integrated manner during the different processes and stages of life, from birth to old age (López Soler, 2003). According to these statements, I will try to introduce around them the line of research on human sexuality that I present as a doctoral thesis by Compendium of Publications in accordance with the current regulations of the Doctoral Program in Education of the University of Burgos, published in the Annual Report of the Title approved in accordance with Royal Decree 99/2011, of January 28, which regulates Official Doctoral Programs:

The doctoral thesis may be by Compendium of Publications (three high-quality publications, of which at least two must be referenced in the Journal Citation Reports and, preferably, with an International Mention, in accordance with current regulations at the University of Burgos (p. 23).

When I was born, my parents were happy about my birth; although they had thought that they would not have descendants, since my mother at that time was 36 years old and my father 38, they accepted me with the greatest of joys. They raised and educated, I imagine, like most of the girls of my generation, with more permissive educational styles around sexuality than the girls and boys of previous generations, and they were instilling in me the equality between women and men; In addition, my parents were both professionals and shared, more or less in a balanced way, the education of their only daughter, which could be valued as a good upbringing role model.

Nevertheless, as I grew older, I felt that the ideals of sexuality that had been transmitted to me were not being fulfilled. I began to realize how influential gender roles were in the experiences I lived and, in the decisions I made it.

In the Degree in Nursing at the University of Burgos, a large part of my classmates were women. The environment in which to express one's sexuality and experiences seemed healthy. This confused my youthful mind when I noticed that during college, women excelled academically, but in the workplace the highest positions were held mainly by men.

In the Nursing Degree itself, as I have pointed out, most of the students are women, but among the lecturer staff, males predominate. In addition, in this career we talked about the empowerment of women, but the work reality, experienced during the

curricular practices was very different. My classmates in the Grade, as well as my closest friends, also felt a social pressure similar to mine, each according to their sexual identity. I wondered if the same thing happened to the rest of the world. Over the years I became more and more aware that our personal development is marked by our sexuality.

The globalization of the free-market economy sets the course of the world, which is the focus of the **first article** of this research. Too often the care professions are considered associated with a female role of motherhood (Nursing, Teaching ...). Certainly, what seems to gain value, are the masculinized professions more prone to increasing economic power such as STEM (Science, Technology, Engineering y Mathematics) careers. Expanding this social vision, I reflected on the global sexualization of women, pressured by the standards of beauty that are encouraged from the macroeconomy; even motherhood itself is sponsored by these canons. For instance, in my intimate circle, women, despite having higher academic qualifications than men, worked longer hours with worse hours and lower remuneration, recognition or promotion, and were sometimes even demanded by an expected behaviour according to their roles. gender. What could I do to change this situation?

Under this line of argument new questions were opened, some directed towards the social context. What is sexuality and what impact does it have on today's society? Are there qualified personnel to address and educate on sexuality? If so, what characteristics and skills have these professionals developed? Are there differences in the way sexuality is taught to professionals in university training? What views of sexuality are transmitted in the professions most related to social training? Are there individual and / or cultural differences in attitudes towards sexuality? If so, what do they depend on? What educational factors are behind the change in attitudes towards sexuality? And given that sexuality is inherent to the human fact and concerns everyone, why is it not an interdisciplinary education? These questions arising from my critical reflections, my personal experience, and the need to help change in a significant way harmful attitudes towards sexuality, led me to delve into the subject in a deeper as well as academic.

After reading the works on sexuality by famous authors (mainly psychologists, anthropologists, and sociologists), followed by many reflections, I began in the psychological, physical and social development of the human being, also studying, within the Degree in Psychology at the University Nacional de Educación a Distancia

(UNED), different theories such as those of Sigmund Freud, who spoke of sexuality from a macho perspective or Michel Foucault who did so from a more liberating approach towards sexual diversity. On the other hand, authors such as Jean Piaget, Helen Fisher and even John Scott treated sexuality in a very partial way, focusing on normal biological development from a cultural perspective marked by the sociological ideas of their time.

Even though scientific literature contributed to solve some of these questions did not specifically cover all my concerns. Having completed the University Master's Degree in Teacher of Compulsory Secondary Education and Baccalaureate, Vocational Training and Language Teaching at the University of Burgos, and another Master's Degree in Research in Health Sciences at the University Complutense of Madrid, where I precisely conducted research on human sexuality to present as Final Master's Thesis. I decided to delve into attitudes towards sexuality, expanding the work I had undertaken, and which were later reflected in **two other articles** that are part of this thesis within the line of this research. These quantitative studies are aimed to analyse, understand and evaluate negative attitudes and behaviours towards sexuality of future professionals and to assess whether they have been adequately trained. The first one is aimed at describing the interpretive aspects of attitudes and behaviours towards sexuality in health and social health vocational training students. The second focuses on evaluating this same question in incoming and outgoing students of the Nursing Degree.

Furthermore, trying to understand sexuality from different cultural aspects, I increasingly investigated into research that broadened my vision and assisted me develop a broader idea of sexuality. I did a research stay at the University of Newcastle (United Kingdom) supervised by Professor Dr. Simon Forrest of the University of Durham, which allowed me not only to qualify for an international mention, but to build an international interdisciplinary network of contacts that made it possible to develop a very solid study within the research line. In this way, **the fourth, fifth, sixth, seventh and eighth articles** were carried out. **The fourth article** was developed while I was doing my research stay in the United Kingdom and studying the Master in Psychological Sciences at the University of Northumbria (United Kingdom), training that enables me to be a psychologist in this country. This article along with other research published in a book chapter helped me describe the interpretive aspects of risky sexual attitudes and behaviours toward sexuality. **The fifth, sixth, seventh and**

eighth articles were based on quantitative designs. The first three listed in the previous sentence correspond to the validation of scales in English and Spanish. **The fifth article** focuses on the validation in English of a scale of negative attitudes towards trans people. **The sixth article** focuses on the validation in Spanish and the revalidation in English of a scale to assess conducts towards risky sexual behaviours. **The seventh article** focuses on the validation in Spanish and the realization of the Confirmatory Factor Analysis in English of a scale of inclusive behaviours towards trans people. Finally, **the eighth article** focuses on describing attitudes towards sexuality related to formal and informal teaching in Sex Education, such as, for example, ideas about homosexuality, the inclusion of trans people and adhesion towards gender roles or risky sexual behaviours, in a large sample of the Spanish population mainly from the University of Burgos in Castilla y León, Spain and mainly British from the University of Newcastle in Newcastle Upon Tyne, United Kingdom. This study allows us to search for and observe similarities and differences in the attitudes towards sexuality of professionals in a cross-cultural sample.

The experience of sexuality influences well-being and health, but to know the well-being of sexual health it is necessary to know what we understand by sexual health. The World Health Organization (WHO, 2006) defines it as “*a state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality and sexual relations that requires a respectful education and the search for pleasant, safe sexual experiences, free from coercion, discrimination. and violence*”. With reference to sexual health, the amount of population affected by Sexually Transmitted Infections (STIs) has been used as a measurement tool, with one million people in the world infected every day. In 2020, 37.7 million people were living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) according to data from UNAIDS (2021). Therefore, this situation shows that part of the global community, they are not found in a complete state of well-being

STIs have profound effects on global sexual health, ranking in the top five categories for which adults seek medical care. Due to the complexity of sexuality and more specifically of human sexual behaviours, the answers provided by international organizations are not being enough, assuming a great challenge to attend to the cultural differences of the world population (WHO, 2021).

Sexuality cannot be studied in a partial way; it needs global perspective to understand it. Regarding educational training in sexuality, worldwide there are scientific publications of great impact focused on improving the effectiveness of

prevention and health promotion programs from research, education, detection services and STI treatments. The WHO indicates that programs and activities should continue to allow us to provide the necessary care at worldwide level, limiting existing inequalities between countries (WHO, and Marcolino, 1969). We cannot continue to allow marginalized populations, sex workers, injecting drug users, inmates, nomadic populations and adolescents to continue to have the highest rates of STIs, and also often lack access to services with appropriate health conditions (WHO, 2019). Therefore, education has the responsibility and the facility to promote a significant change in the healthy experience of sexuality (UIPES, 1999). From this global aspect of health, sexuality education can be included within Health Education, understanding it as the didactic teaching-learning process aimed at generating strategies that facilitate the understanding of health information and the development of skills aimed at prevention and the health promotion. The responsibility for this education is in the hands of health professionals and education professionals, but for its guarantee and higher quality, social involvement is needed (Davies, and MacDonald, 1998).

As I have stated, curiously, risky sexual behaviours have been maintained despite the organizational efforts made, so I have considered in this research on sexuality to include the affective, gender equality and sexual diversity approach crosswise. This study will contribute to show the significant changes in sexual health and compliance with Human Rights essential to guarantee a significant improvement in social well-being. Positive, diverse, inclusive, and egalitarian sexuality is the only means we have to reach these purposes (Vehmas, 2019).

The study of sexuality and its attitudes in professionals can be of great interest to develop programs in Sex Education that achieve a significant change in their training and in this way, contribute to create a more egalitarian society by gender, reduce wage inequalities, reduce rape, generate more positive attitudes towards sexual diversities, and eliminate negative stereotypes and role differences only marked by sex.

This compendium thesis focuses on the sexual health of student populations of education, mainly higher education. Its approach is linked to the disciplines of this author's domain, which also includes the areas of knowledge of Nursing, Psychology and Research Methods, making this research enriched by the transversality of its sciences used.

The document presented consists of two parts. A theoretical approach formed by 3 chapters that are dedicated to the conceptualization of human sexuality, health and sexual education and the most used programs to measure attitudes and behaviours towards sexuality. And a methodological framework of other 2 chapters in which the content of each of the sexuality compendium articles is exposed in more detail, as well as their discussion and the contribution of the derived conclusions. Finally, it closes with a section that annexes the published scientific studies of this research and those that are currently under review. The quality indicators of each publication are also referenced (impact index of the year of publication in JCR / SJR). Professional quality metrics based on published scientific articles and citations are also included as indicators of the quality of scientific work performed. The citations are modest given the recentness of the research. Finally, it should be noted that parts or nuances that surround the research has also been disseminated through congresses and other scientific events.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:
SEXUALIDAD HUMANA

1. INTRODUCCIÓN

La comprensión de la sexualidad humana y la determinación de sus conceptos son de gran complejidad debido a la existencia de numerosas variables implicadas en el desarrollo biológico y en mayor medida socioculturales. Así, el estudio de la sexualidad no puede limitarse únicamente a una rama de conocimientos, sino que se construye en relación con el progreso del desarrollo humano. Expertos en sexualidad como Barragán (1995), López Sánchez (1995), y Gómez-Zapiain (2000) consideran que la sexualidad no puede ser reducida a un enfoque único, porque su abordaje necesita de un estudio científico interdisciplinar que incluya distintas ciencias como la Biología, la Enfermería, la Medicina, la Psicología, la Antropología, la Sociología, la Historia y la Pedagogía entre otras. Por consiguiente, la manera de aproximarse al estudio del ser humano sexuado es crear un cuerpo de conocimientos que se apoye en una perspectiva global y holística de las distintas ciencias humanas.

En este capítulo trataremos de acotar el concepto de sexualidad. Se expone, en primer lugar, el desarrollo sexual desde un marco histórico y las conceptualizaciones de la sexualidad humana. Igualmente se ofrece una aproximación hacia nuestro entendimiento de la sexuación y hacia nuestra propia perspectiva de la sexualidad. Además, haremos una descripción de la sexualidad durante todas las etapas de la vida, con especial incidencia en la juventud y en la vida adulta y su influencia en la sociedad actual. Finalmente, se explican algunas de las características que más influyen en su vivencia saludable.

2. CONSIDERACIONES PREVIAS

2.1. Contextualización sociohistórica de la sexualidad

La sexualidad ha estado presente a lo largo de la historia y ha llegado a nuestra actualidad desde las obras históricas escritas tanto en la literatura como las plasmadas en el arte. Además, el análisis antropológico y geológico de los restos humanos nos ha ido acercando al conocimiento de los roles sociales que se han desarrollado asociados al sexo y al género. La sexualidad ha permitido a las especies reproducirse y sobrevivir, pero: ¿cómo debemos comprender las diferencias que han surgido marcadas por los distintos sexos? El sexo femenino ha sido considerado como el género “dador de vida”, sin embargo, ¿cómo es que su sexualidad en diferentes culturas se ha visto atrapado bajo reglas sociales en cierto grado represivas?

Estas y otras respuestas a diversos interrogantes son las que vamos a ir resolviendo a lo largo de este estudio desde una visión mayoritariamente influenciada por las corrientes occidentales imperantes en nuestra historia.

A continuación, exponemos los conceptos que fueron entendidos de la sexualidad a través de los escritos plasmados por figuras emblemáticas de la historia de nuestra sociedad que han sido analizados por Sanz (2011) y que hemos tomado de referencia para comprender las distintas perspectivas socioculturales que han influido en el establecimiento de las creencias y de los estereotipos alrededor del hecho sexual humano.

Desde la adquisición de la posición bípeda se produjo un cambio en el desarrollo cerebral que influyó en las nuevas maneras de relacionarse. Este nuevo aspecto potenció en el sexo femenino los roles de madre y cuidadora por su capacidad de traer vida y su aguante al dolor biológico. En el sexo masculino contribuyó al desarrollo de las actividades que requerían de mayor fuerza física generándose los roles masculinos de guerreros y cazadores. A largo de la historia estos papeles diferenciados por el sexo fueron estandarizados y dotados de estatus desfavorables para la mujer. El problema de la creación de estos roles adaptados a la evolución de la humanidad es que se han considerado como un enfoque estandarizado para menospreciar al otro sexo, en este caso, al sexo femenino (Guasch, 1993; Venegas, 2011).

Eurípides (siglo V a. C.) en sus poemas trató la sexualidad a través de la idealización del amor romántico y de los sentimientos que debían desarrollarse como normas sociales del amor.

Platón (405 a. C.) a su vez, en sus distintas obras, por ejemplo, “El banquete”, influido por Sócrates, explica la importancia de la sexualidad y de la belleza, dejando implícita la importancia del cultivo del cuerpo y no únicamente de la mente. Además, en las obras griegas hay menos estupor para hablar de la belleza del mismo sexo y de su atracción por él. Sin embargo, debemos recalcar la creación de cánones de belleza y de sus estereotipos como normas culturales a seguir por las sociedades que se imponen como estándares inalcanzables de poder y bienestar que ocasionan presiones e insatisfacción en la autoestima personal y en la salud.

Aristóteles (siglo V a. C.) expuso su creencia en la diferenciación de las especies según su sexo, explicando que la transmisión de los varones era más importante para la concepción que la de la mujer, empezando con un juicio negativo y menospreciado de la sexualidad femenina que, debido a su poder en la sociedad, tendría un gran impacto en la ideología occidental venidera.

Con la llegada de la doctrina cristiana se produjo una regresión en la visión de la sexualidad, que se redujo al matrimonio o al pecado. No seguir las normas marcadas por la cristiandad suponía una transgresión a las reglas y tenía sus consecuencias y fue usado como medio de control del pueblo por las élites que se encontraban en el poder. El papel de la mujer fue relegado al ámbito doméstico en el que su fin mayor era el matrimonio y tener hijos. El vacío y la negación del amor entre personas del mismo sexo fueron duramente castigados y penados por las normas culturales.

Algunas de las ideas que empezaron a recalcarse fueron la visión negativa de los sentimientos, la posesión y los celos, expuestas en el siglo XII por Andreas Capellanus a través de su definición sobre los sentimientos que se dan en el amor en el que argumenta cómo las relaciones entre los diferentes sexos son dolorosas, tiernas y bellas al mismo tiempo. Afirma que las relaciones entre los diferentes sexos son dolor y pasión, creando así uno de los estereotipos más marcado para excusar las relaciones tóxicas y la posesión.

Por ejemplo, Tomás de Aquino (siglo XIII) y Santa Teresa de Jesús (siglo XVI) en sus diferentes filosofías cristianas y en su éxtasis con Dios, representaron el hundimiento del placer de las relaciones sexuales con la vivencia de sentimientos y experiencias humanas, acercando y ensalzando la sexualidad a un ámbito divino y la explicación de conductas erofílicas escondidas en la pureza de las reglas cristinas.

En el siglo XVII, Hobbes explicará la relación entre los sexos como un deseo mutuo y la soledad como uno de los mayores miedos del ser humano que son solucionados por el amor de una pareja, hablando del estereotipo de la búsqueda de “la media naranja”. Este establece la creencia de la existencia y la búsqueda de una pareja amorosa para sentirnos completos. Los seres humanos somos seres sociales y necesitamos de nuestra comunidad, pero estamos completos sin una pareja amorosa.

En el siglo XVIII, la liberación de las estrictas reglas morales cristianas y los cambios producidos en las sociedades con la llegada del Barroco hicieron que Locke señalara un aspecto muy positivo, la búsqueda de las relaciones sociales basadas en la satisfacción personal. Queriendo exponer que una persona nos debe aportar aspectos positivos en nuestra vida, cuanto más placenteros sean más ganas tendremos de estar con ella (refuerzo positivo).

Con la llegada del romanticismo de Schopenhauer (1788-1860) se volvió a las ideas románticas de la vivencia de la sexualidad, exponiendo que las relaciones sexuales sin amor son simplemente banalidades propias de los animales. La existencia del sentimiento de amor que se desarrolla hacia otra persona es tan fuerte que puede llevar tanto a la mayor satisfacción como a la locura, volviendo a ideas de posesión, sufrimiento y celos hacia la pareja. Por su parte, Spinoza, más razonablemente, explica que la vivencia de la sexualidad amorosa es un sentimiento con causa y no únicamente una alegría o una satisfacción.

Avanzando y llegando al siglo XIX, Nietzsche ve la sexualidad como una manera orgánica del racionalismo, como medio para perpetuar la especie humana y como adaptación social evolutiva a las normas deterministas creadas.

Como podemos comprobar la sexualidad y la vivencia del ser humano están muy marcadas por el desarrollo filosófico, psicológico y social y se encuentran muy romantizadas y ligadas a los sentimientos, en especial con el amor. Otros debates imperantes filosóficos que recaerían sobre el desarrollo de la humanidad y la sexualidad son el determinismo y el racionalismo versus el sensacionalismo y el libre albedrío. La heterosexualidad ha imperado en la literatura, pero a su vez se ha hecho visible en algunas obras clásicas actitudes sexuales positivas hacia la libertad sexual y las diferentes orientaciones sexuales (Guasch, 1993).

El desarrollo del estudio psicológico y sociológico humano estuvo ligado a los avances de las ciencias médicas y al análisis filosófico del pensamiento humano. Por ejemplo, en occidente la primera autopsia legal fue en el siglo XIV. No obstante, el periodo de mayor

avance biológico-científico en el conocimiento humano se vio limitado hasta el siglo XIX por una perspectiva centrada en el estudio de las diferencias y las patologías que pretendían contribuir a la mejora de la salud. El amor entre personas del mismo sexo y las personas transgénero se consideró una enfermedad. Actualmente, se está intentando cambiar la visión de ausencia de enfermedad por la búsqueda de bienestar y generar un pensamiento positivo de respeto a las distintas identidades de género y orientaciones sexuales, pero este proceso está siendo lento y retrógrado. En algunos países la homosexualidad, la identidad transgénero y la infidelidad femenina siguen siendo castigadas con penas de muerte y con discriminación directa y sumergida (Venegas, 2011).

Otro aspecto a destacar es la diferenciación social en función del sexo. Estas diferencias hacia la sexualidad por sexo fueron expuestas hace cinco décadas por el sociólogo Symons (1976) y continúan en la sociedad coetánea, algunas de ellas son:

1. El trato de favoritismo hacia los varones. Por ejemplo, en el sexo masculino se anima y se considera honroso tener distintas parejas sexuales, sin embargo, para las mujeres este comportamiento entraña significado de vergüenza y afrenta a las normas sociales.
2. Las ideas para justificar estas diferencias en la sociedad se remontan a las creencias de que el único fin de la sexualidad es garantizar la descendencia biológica, propio de los animales.
3. A medida que se desarrollaban las sociedades era necesario controlar a las mujeres para garantizar su descendencia. Por consiguiente, surgieron los matrimonios o uniones como normas sociales convenientes a las morales impuestas que permitían a las elites poderosas dominar a la población. Algunos autores como Symons (1976) y Blaffer (1979), explicaron estas mismas teorías, retomando el concepto de que las mujeres son las únicas que puedan dar vida, por tanto, el control de las féminas permite garantizar su descendencia.
4. La transmisión marcada de roles por sexo es una visión común que se ha dado en casi todas las culturas, tanto occidentales como orientales. A partir de estas reglas los padres han educado a sus hijos siguiendo las normas socioculturales imperantes, transmitiendo diferentes conceptos de la sexualidad a los hijos y a las hijas. Por ejemplo, temas comunes que se transmiten a las hijas son la importancia

de la virginidad, de santificar el matrimonio, de ser madres y buenas esposas y a los varones de ser fuertes, del disfrute sexual, de proteger a las mujeres y de garantizar su descendencia, a ser posible, teniendo hijos varones.

Otro aspecto que ha respaldado esta perspectiva desfavorable hacia la sexualidad femenina es la justificación de que las mujeres no necesitan múltiples parejas para su reproducción, siendo una de las características por las que se ha defendido la mayor permisibilidad de libertad sexual en los varones. Sin embargo, el orgasmo femenino controlado por el clítoris no tiene un fin propio reproductivo al contrario que el orgasmo masculino. Por tanto, el clítoris puede definirse como el órgano dedicado a proveer satisfacción sexual. Las reglas sexuales están variando porque la reproducción no es el único fin de la sexualidad humana, pero tristemente, el rol sexual de la mujer sigue supeditado a ideales injustificados en su periodo fértil y en la concepción de proteccionismo femenino proveído por los varones.

Según Kauth (2007) que estudió la evolución de la sexualidad desde un punto psicológico respaldó los puntos de vista naturalistas plasmados en las teorías de la evolución y en algunas más recientes como las de Donald Brown (1991) que justificaban el carácter de la sexualidad humana animal. Algunas de sus secciones eran que la reproducción nos hace sobrevivir como especies, los celos existen para garantizar la descendencia y la búsqueda del ideal femenino es una garantía para obtener los mejores especímenes humanos.

Se ha utilizado como justificante el comportamiento animal de los mamíferos para rechazar el amor entre personas del mismo sexo. No obstante, en el estudio de Kauer (2009) se demostró que la conducta de los primates era similar a la estudiada en los humanos en la que se descubrió que la búsqueda de relaciones sexuales entre primates hembras y entre mujeres del mismo sexo se centraba en la búsqueda de afecto. Sin embargo, en los varones homosexuales la búsqueda de compañeros sexuales se ha centrado más en compartir la misma ideología sexual. Las diferentes orientaciones sexuales están presentes porque como se resaltaba en el estudio, la reproducción no es el único fin humano. Por tanto, las diferentes orientaciones sexuales existen por el derecho a buscar una relación que aporte un soporte afectivo positivo para sus miembros. Justificar los ideales heteropatriarcales en un mundo superpoblado por la especie humana y ecológicamente no sostenible, no tiene ningún fundamento para justificar la homofobia y la transfobia como un miedo a la extinción

humana. El respeto a las distintas orientaciones e identidades sexuales es la única manera de garantizar la salud sexual (Hawkes, 1996; Kauth, 2007).

La comparación en sexualidad del ser humano con los animales se ha hecho a antojo de la ideología que se pretendía respaldar. Por ejemplo, las hembras de los primates tienen clítoris, pero se considera que rara vez tienen un orgasmo. Con esta afirmación podríamos preguntarnos por qué poseen este órgano si no tiene otra función que no sea dar placer y por qué en las mujeres es un órgano fundamental para su satisfacción y bienestar sexual. Esta realidad científica demuestra claramente que el clítoris no solamente es una adaptación biológica al disfrute sexual humano, sino que permite a las mujeres disfrutar múltiplemente de las experiencias placenteras de las que no disponen los varones (Kauth, 2007). Por tanto, la ablación femenina se ha justificado en la negación al disfrute sexual de la mujer a través de la castración femenina del placer.

Además, podemos estudiar cómo se ha utilizado la sumisión femenina como medio de conquista, es decir, cuando se invadía un nuevo territorio, a veces se mataba a los varones y se violaba a las mujeres para garantizar la descendencia de los colonizadores. Curiosamente se ha justificado negligentemente esta acción en el comportamiento del mundo animal. Sin embargo, la violación masculina era raramente utilizada como manera de sumisión. Estas ideas vigentes que respaldan el control y la sumisión de las mujeres han tenido graves consecuencias en la concepción de la sexualidad actual, en los roles de género y en los estereotipos a los que se enfrenta la mujer (Venegas, 2011).

Por tanto, la sexualidad se ha visto subordinada por las normas socioculturales planteadas en los distintos periodos históricos. Por ejemplo, es distinta la sexualidad vivida en los pueblos vikingos que en la antigua Grecia o Roma e incluso muy diferente a las religiones derivadas del judaísmo como la musulmana y la cristiana que imperaron en el mundo occidental. La homosexualidad fue más tolerada en la antigua Grecia que durante la era cristiana, en la que tampoco se permitía el divorcio femenino como en la cultura vikinga, en la que la mujer podía divorciarse de su marido si la maltrataba. Por consiguiente, actualmente los tópicos sexuales y los roles están siendo ampliamente utilizados en la literatura y en la publicidad como herramienta económica y de poder global (Guasch, 1993).

Las ideas precursoras sobre las reglas sociales en occidente se encuentran muy marcadas por las ideas culturales derivadas del cristianismo y de la moral sexual adoctrinada

en el púlpito. Ciertamente en este trabajo estamos estudiando la sexualidad en occidente, pero la perspectiva oriental es similar e incluso tiende a ser más conservadora y negativa en el control de sus actitudes hacia la sexualidad y en la comprensión de las diferentes orientaciones éticas sexuales existentes (Guasch, 1993; Venegas, 2011).

2.2. Teorías sobre la sexualidad

Existen numerosos autores y teorías sobre la sexualidad, pero en esta investigación expondremos resumidamente las teorías más influyentes en el estudio científico de la sexualidad que hemos intentado enmarcar en el contexto sociocultural que estamos introduciendo, siguiendo las directrices del estudio de Kauth (2007). Finalizando se recoge un compendio de las mismas (Tabla 1).

- *Teoría de la sexualidad de Freud*

Freud (1856-1939) médico y neuropatólogo austriaco, relacionó el inconsciente y los instintos humanos con las emociones de la sexualidad, por ejemplo, el amor, la felicidad, etc. Freud habló por primera vez del deseo sexual, de los impulsos reprimidos, del sexo, de las fantasías sexuales desde un halo misterioso y oscuro. Estos instintos influían en nuestro comportamiento, porque son parte de nosotros, pero a su vez se encontraban muy relacionados con las experiencias afectivas vividas en la infancia (amor hacia los progenitores). Este punto de vista influenció el movimiento cultural y las ideas hacia la sexualidad de autores posteriores. Actualmente el psicoanalismo de Freud es duramente criticado en la psicología por su falta de rigor científico al utilizar métodos introspectivos. No obstante, la teoría sexual de Freud ha sido un referente en su estudio porque remarcó aspectos clave en su análisis como el apego, las fantasías, el manejo de las emociones, y la represión sexual (Kauth, 2007).

Según estableció Freud, el desarrollo sociocultural humano es gracias a la sexualidad. La teoría de Freud se basa en dos visiones:

1. El Yo (Ego), lucha contra los deseos conflictivos y las represiones dolorosas inconscientes.
2. El Superego lucha en contra de las demandas de represión y negación.

El individuo a medida que se desarrolla sexualmente en un marco sociocultural se ve atormentado por el conflicto original oculto de sus instintos sexuales, es decir, sus comportamientos sexuales se encuentran reprimidos en el ámbito personal y social. La visión de Freud no se centró únicamente en este punto de vista, sino como expuso Elliot (2009), la identidad sexual se desarrolló del encuentro de nuestra mente (psique) con las experiencias que se viven en un marco cultural, siendo de especial relevancia las vividas en la infancia e incluso más importantes las experiencias olvidadas o reprimidas (historia secreta del Yo). En nuestro caso, el psicoanalismo de Freud goza de su privilegio en las teorías de la sexualidad al resaltar la fantasía y el deseo sexual en la naturaleza humana y ha sido seguido por grandes teóricos sociales como Erich Fromm desde la destructividad, Jean François Lyotard desde el deseo, Jürgen Habermas desde las distorsiones en la comunicación y Christopher Lasch desde la cultura del narcisismo. A su vez el psicoanalismo ha permitido iniciar el estudio de la identidad sexual y comprender distintas orientaciones sexuales, desde un punto de vista psicológico (Elliot, 2009).

Otras teorías influyentes que examinaron la teoría de Freud:

Herbert Marcuse (1898-1979) analizó la teoría sobre la sexualidad de Freud, exponiendo que en la cultura moderna se había utilizado la represión de los instintos de Freud como medio para desarrollar campañas publicitarias y la creación de estereotipos sobre la sexualidad que permitían su rentabilización económica y su control político dentro de la sociedad capitalista, dejando la puerta abierta a que esta situación pudiera producir un cambio socio-sexual positivo. Criticó ampliamente el conformismo de la terapia psicoanalista que negó la dimensión inquietante y poderosa de la sexualidad.

Estas ideas son compartidas por Jacques Lacan (1901-1981), quien a su vez comparte la importancia del subconsciente en el desarrollo de nuestra sexualidad, pero con una visión más negativa en la estructura sexual. Este autor expone que la sexualidad siempre va a estar ligada a los roles de género, que inconscientemente dominan el pensamiento. Lacan comparte las ideas de Freud en relación con las teorías freudianas del desarrollo infantil del complejo de Edipo y de Electra, enfatizando que el falo implica el desarrollo y la apoteosis biológica y psicológica de la masculinidad. Relaciona el falo como instrumento sexual masculino con los roles de género que le caracterizan de poder, mando y dominación, que el género femenino no tiene. Este modelo ha sido ampliamente criticado por su determinismo innatista,

por la falta de entendimiento de la esfera socioafectiva humana y por un predominio machista en favor de la justificación de superioridad del sexo masculino.

- ***Foucault y la producción discursiva de la sexualidad***

Michel Foucault (1926-1984) filósofo e historiador francés, se centró en estudiar las estructuras de poder político y de dominación mundial según las culturas. Expone que los poderes políticos controlan la sexualidad para oprimir a la humanidad, es decir, establecen los roles de género para que permanezca su poder.

La producción lingüística debe partir de un discurso verdadero que mantenga el control del poder y que pueda ir cambiando ligeramente a medida que el estatus de autoridad es mantenido. A su vez la conservación del dominio depende de tres factores, que a continuación enumeramos:

1. Marco sociocultural.
2. Instrucción de la población en los ideales a mantener en el poder.
3. Organización de los organismos responsables de la ética de conducta de los individuos.

El propio autor era homosexual y experimentó la represión hacia su orientación sexual a través de las medidas del gobierno que la respaldaban. Su teoría se centró en conocer por qué los comportamientos sexuales impuestos y en cómo luchar hacia la búsqueda de la liberación sexual.

Foucault dejó atrás la idea del innatismo animal de los instintos y de los roles, explicando que la libertad sexual otorgada por el gobierno era una manera de disminuir el control de la sexualidad por parte del poder. Hace cinco décadas en los países de la Unión Europea la homosexualidad y las distintas identidades de género se consideraron una práctica sexual patológica. Este hecho ha causado un gran sufrimiento al colectivo L.G.T.B.I.Q. (Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y Queer), que no ha podido vivir plenamente el respeto al derecho de su sexualidad ética y saludable.

Según Foucault para liberarse de esta situación deberíamos considerar al ser humano como un ser no sexuado capaz de tomar sus elecciones de manera independiente de su sexo y de los roles que se adhieren a él, siendo una de las ideas más innovadoras escritas con referente a la sexualidad. Foucault desarrolló esta ideología en contra de la rigidez victoriana

del siglo XIX que sostiene que la sexualidad solo podía vivirse dentro de la esfera doméstica. Ciertos comportamientos éticos que se desviaban de las normas fueron vistos como comportamientos patológicos e incluso como enfermedades mentales con todas sus consecuencias para las personas que se vieron afectadas por ello. Por desgracia estas perspectivas siguen hoy en día arraigadas en nuestra sociedad.

La crítica que podemos sacar del modelo de Foucault es que niega las dinámicas existentes de género implantadas en la sociedad, proporcionando un cambio radical y novedoso a la manera en que es percibida la sexualidad al salir de las nociones tradicionales y comprender al sujeto por su identidad y no por su sexo.

- *Feminismo*

La búsqueda de la igualdad de género iniciada en los movimientos feministas del siglo XX y la movilización de los colectivos LGTBIQ+ (Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y Queer y la suma incluye a identidades y orientaciones no representadas en esta sigla) que luchan por la diversidad sexual y la no discriminación, visibilizaron las situaciones del patriarcado y de los roles de género que habían sido asignados por la sociedad. Críticamente estos colectivos produjeron cambios significativos como el derecho al voto de la mujer o el derecho de amar a personas del mismo sexo sin ser juzgados.

Una aportación fundamental al feminismo fue la de la socióloga Nancy Chodorow (1978) quien estableció que uno de los principales obstáculos es perpetuar los roles asociados al sexo a través de las normas socioculturales impuestas tanto en el ámbito familiar (madre a su hija, cultura de la protección, del cuidado, etc.) como en el ámbito social (leyes, organismos, campañas publicitarias, etc.). Las propuestas de esta autora para conseguir un cambio en la sociedad parten de la idea de abolir las diferencias asociadas a los roles de género; el cuidado de los hijos depende de los miembros que constituyan el núcleo familiar.

Otras grandes pensadoras como Luce Irigaray (1985) o Julia Kristeva (1984, en Jones, 1984), exponen teorías similares a Chodorow, añadiendo que la falta de representación simbólica de las mujeres en el mundo está dificultando la búsqueda de identidades en contraposición con lo establecido en los roles a los que se considera que pertenecen y puntualizan las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de la maternidad (Jones, 1984).

Sin embargo, Butler (1997) expone que el desarrollo de una teoría social positiva de la sexualidad depende del desarrollo de los conocimientos, del debate, del cambio en las estructuras del poder y no de las diferencias biológicas. Las diferencias existentes por sexo se deben a las proyecciones, imitaciones e idealización del género que cada persona debe interiorizar para sobrevivir en las sociedades, es decir, la repetición de los estereotipos de femineidad y masculinidad y las convenciones sexistas empleadas en el lenguaje son las que perpetúan las desigualdades sociales y siguen manteniendo el fenómeno estudiado en psicología de “creer que el mundo es justo y, por tanto, cada uno tiene lo que se merece”.

- *Sociología sexual*

A nivel mundial, siguiendo las reflexiones expuestas por los sociólogos, entre ellos Weeks (1988), se está produciendo un cambio en la estructura familiar tras la disminución del tiempo de la duración de las parejas, pudiendo aparecer nuevos núcleos formados por hermanos de parejas anteriores o posteriores y nuevas relaciones con la pareja de los padres. Por tanto, debemos buscar educar en la satisfacción de los miembros de la familia desde una visión de renovación constructiva, centrada en los conceptos de feminismo y ética sexual. Esta nueva estructura social esta desencadenando un desarrollo de actitudes positivas y negativas como venimos comentado.

Los movimientos más conservadores han entendido este cambio como un declive de la moral social causado por la permisividad sexual, el feminismo y la diversidad. Explican que la mayor consecuencia de los divorcios recae en el desarrollo psicológico de los niños, pero, a su vez se ha demostrado que los matrimonios altamente conflictivos provocan consecuencias más graves en su desarrollo. Por ello, los padres tienen el derecho a divorciarse y a garantizar el bienestar psicológico de sus hijos ante cualquier situación amorosa, proporcionando un apego seguro.

Con referencia a la vivencia de las relaciones sexuales, se está buscando un proceso de individualización centrado en la satisfacción ética del deseo sexual y no únicamente en la visión de la pureza sexual centrada en la satisfacción del género masculino. El desarrollo psicosexual humano conlleva el desarrollo de una identidad sexual propia. La sexualidad se desarrolla y evoluciona durante el crecimiento de las personas, pero se verá influida por los

modelos sociales, culturales, económicos y políticos existentes, en constante cambio progresivo (Bowlby, 1973).

- ***La teoría Queer (1970-actualidad)***

Esta teoría surge de los antecedentes de la lucha de los movimientos feministas y del colectivo LGTBIQ+, y se centra en abolir la separación por género o por orientación sexual que está marcada socialmente y que las personas establezcan sus roles en la sociedad y no sobre la base de las etiquetas impuestas como mujer, hombre, homosexual, lesbiana y transgénero. Los objetivos de esta teoría son:

1. Disminuir las estrategias políticas excluyentes llevadas desde el patriarcado y la heteronormatividad.
2. Aumentar la igualdad entre los sexos.
3. Aumentar la igualdad de los derechos del colectivo LGTBIQ+.
4. Visualizar y normalizar las personas trans.
5. Invertir los estereotipos culturales derivados de la diferenciación de sexo y de las diferentes orientaciones sexuales.
6. Disminuir y mejorar las ideas sociales derivadas de un lenguaje sexista.

A continuación, vamos a analizar las implicaciones positivas del desarrollo de esta teoría en el marco sociocultural.

Según Diana Fuss (1989), la división y la comparación entre las diferentes orientaciones sexuales hace que la homosexualidad se vea como lo contrario a la heterosexualidad, desencadenando aspectos negativos al apreciarse más positivamente la heteronormatividad y asociarse la homosexualidad a patologías o desviaciones de las normas sociales. Por consiguiente, la implantación de esta teoría suprimiría las diferencias derivadas del antagonismo creado y dejaría de verse la homosexualidad como contraria a la heterosexualidad y se vería como una forma más de diversidad sexual diferente, y no comparable con ninguna.

Sedwick (1990) explica estas mismas ideas y añade que el binarismo existe porque se utilizan expresiones como “salir del armario” referidas a la población homosexual como la muestra de que deben recalcar su orientación sexual para vivirla en la sociedad. Para evitar el ostracismo de la sexualidad ética, como expuso Sedwick, debemos conocer el cuerpo

humano, pero no desde un objeto biológico sino holísticamente como un todo social y sexuado. Además, la sexualidad no es un concepto inamovible, pues está en constante cambio y su análisis ético permite la reinvención constructiva de deseos, comportamientos, conocimientos, actitudes, identidades y estructuras sociales.

Como expuso Lisahunter (2018), la implantación educativa de estas teorías contribuirá al desarrollo de las sociedades, comprendiendo que su mayor limitación deriva de la fusión de las diversidades sexuales que pueden hacer que las minorías no sean atendidas como se necesita y no se lleven a cabo las políticas adecuadas para mejorar su bienestar.

Tabla 1.

Comparativa entre las distintas teorías que estudian la sexualidad.

	Teoría de la sexualidad de Freud	Foucault y la producción discursiva de la sexualidad	Feminismo y sexual	Sociología sexual	La teoría Queer
Época, Sociedad y Corriente Político-Económica	Imperio Austrohúngaro. Primera guerra mundial y periodos de entre guerras. Origen del marxismo y movimientos imperialistas.	Período de entre guerras, segunda guerra mundial y posguerra. Derechos Humanos reconocidos por la ONU.	Movimiento sufragista (mediados del siglo XIX). Cambio de roles de la mujer y búsqueda de la igualdad de sexos hasta la lucha actual.	Guerra fría del bloque capitalista frente al comunista y movimientos antibélicos (hippie, etc.). Sociedad dominada por el capitalismo y la globalización económica.	Caída de las últimas dictaduras europeas. Movimientos del colectivo LGTBQ+ y feministas.
Enfoque principal	La sexualidad y los deseos como instintos inconscientes. La relación afectiva paterna influyen en nuestra sexualidad.	La búsqueda de la libertad sexual y la defensa del amor entre iguales, buscando limitar el control de las sociedades elitistas.	Lograr la igualdad por sexos, en especial la del sexo femenino que ha sido menospreciado únicamente por su genitalidad.	El cambio en las relaciones parenterales, una mayor libertad sexual, aunque mejor vista en el varón y la búsqueda de la satisfacción individual, junto con los cambios político-económicos que regulan la sexualidad.	Eliminar los antagonismos establecidos por sexo, orientación sexual y género que solo llevan a la creación de estereotipos, justificando que todos tenemos los mismos derechos.
Disciplina	Psicología (Psicoanalismo), Medicina y Biología.	Filosofía, Antropología, Sociología y Política.	Psicología, Biología, Filosofía, Antropología, Sociología y Política, etc.	Educación, Pedagogía, Sociología, Política y Economía.	Educación, Pedagogía, Sociología y Política.
Influencia actual	Liberación para hablar de la sexualidad. Visión negativa de represión y sumisión de la mujer al varón a través del matrimonio y la virginidad.	Cambio novedoso en la percepción de la sexualidad tradicional. Importancia de la identidad y no del sexo.	Búsqueda de la igualdad por sexo y eliminación de los estereotipos creados de la mujer.	Búsqueda de la autosatisfacción individual y un mayor liberalismo relacionado con la economía. Los grupos conservadores y las elites sociales defienden que los cambios positivos en sexualidad son una falta de moralidad al sentir peligrar su poder.	Búsqueda de una sociedad sin estereotipos y etiquetas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Kauth (2007) y Lisahunter (2018).

3. CONCEPTO DE SEXUALIDAD HUMANA

3.1. Conceptualizaciones sobre la sexualidad

Como acabamos de comprender, desde una visión sociohistórica, la sexualidad puede ser definida desde distintos puntos de vista: biológicos, psicológicos y sociales.

Como seres humanos nacemos dotados de sexo, parte de esta biología sumada al desarrollo psicológico en un marco sociocultural determinado condicionará nuestro desarrollo psicosexual como personas en la sociedad. Por consiguiente, la sexualidad “*es un todo inherente en el ser humano presente desde su nacimiento hasta su muerte siendo a su vez un proceso individual y compartido de vivencias*” (Gómez-Zapiain, Ibaceta, y Pinedo, 1997, p. 23).

El desarrollo biológico suele ser común en todos los seres humanos como es el crecimiento de las extremidades y en general el crecimiento corporal. Sin embargo, otros cambios psicológicos y sociales están arraigados a las diferencias según el individuo y la cultura, por ejemplo, los roles por género no son iguales en Europa que en China. La sexualidad se convierte en un tema muy complejo de estudio por la cantidad de factores implicados en su proceso. Por ello, es un término muy difícil de definir y más aún de exponer de manera globalizada, pero acotarlo o simplificarlo al desarrollo biológico sexual sería incorrecto y muy limitado, lo cual no nos permitiría entender la sexualidad de una manera holística (López Sánchez, y Fuertes, 1989).

La sexualidad engloba los sentimientos que se desarrollan en función de las experiencias y roles, y si se definiesen únicamente a través de la biología, ¿cómo podríamos explicarla sin exponer que lo que no es heteronormativo no es patológico?

A partir de esta conceptualización vamos a analizar distintas definiciones que explican la sexualidad desde las perspectivas transmitidas a la audiencia en general y desde las ideas que maneja la comunidad científica en la sociedad.

Para comprender las definiciones que se utilizan por el público en general ofrecemos un análisis de las definiciones de sexo y de sexualidad que han sido aprobadas por las academias lingüísticas de distintos países. Estas definiciones reflejan la ideología de la población.

La Academia Alemana para Lengua y Poesía (Deutsche Akademie für Sprache und Dichtung-DASD), la Academia de la Lengua Árabe, la Real Academia Francesa

(Dictionnaire de l'Académie française) y la Real Academia Española (RAE), coinciden en que:

1. Sexo es la condición de ser mujer y hombre.
2. Sexualidad es el conjunto de características biológicas que diferencia a cada sexo.

En el caso del inglés no existe ninguna academia lingüística que lo regule, pero al consultar los famosos diccionarios de Oxford, Cambridge o Collins, sus definiciones coinciden entre sí y a diferencia de las definiciones de las academias lingüísticas enumeradas, su enfoque hacia la sexualidad es más positivo.

Por ejemplo, “sexo” es definido por el Oxford English Dictionary (2019) como:

“Mass noun (chiefly with reference to people) sexual activity, including specifically sexual intercourse. For example, ‘These early ideas have had a powerful influence on our views of sex and sexuality’ or ‘She did not wish to have sex with him and did not consent to sexual intercourse.’ In addition, it can be defined as: Either of the two main categories (male and female) into which humans and most other living things are divided on the basis of their reproductive functions”.

Por ejemplo, “sexualidad” es definido por el Cambridge Dictionary (2019) como:

“someone's ability to experience or express sexual feelings”

La primera definición de sexo en los diccionarios de Oxford y Cambridge hace referencia a las relaciones sexuales y en los ejemplos que se presentan se exponen parte de los conflictos en relación con el sexo: las Enfermedades de Transmisión Sexual, los colectivos LGTBIQ+, las relaciones no consensuadas, la libertad y el límite de decir no al acto sexual de la mujer, el sexo prematrimonial, etc. Además, el Diccionario de Oxford, señala un apartado en su definición que alude a las diferencias entre el concepto “sexo” y “género”, en el que la primera definición de género es:

“Either of the two sexes (male and female), especially when considered with reference to social and cultural differences rather than biological ones. The term is also used more broadly to denote a range of identities that do not correspond to established ideas of male and female”.

Entre estos dos diccionarios, el de Oxford tiene actitudes más positivas y se asemeja más a las ideas expuestas por los expertos en sexualidad que el de Cambridge.

Si esta definición la contraponemos a la tercera definición que da la RAE (2019) sobre el género: “*Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico*”, podemos apreciar los matices entre estas dos definiciones. En la expuesta por el Oxford English Dictionary (2019), observamos la comprensión de los roles de género al no identificarse con ellos, que no es matizada en la definición de la RAE (2019).

En relación con la definición de sexualidad, en la primera definición del Oxford English Dictionary (2019) y en la única definición del Cambridge Dictionary (2019), se define como la expresión de sentimientos sexuales. Sin embargo, en el Diccionario de la RAE (2019) se vuelve al concepto de las características biológicas y la moral cristiana.

Curiosamente, la Real Academia Española es la que más hablantes incluye, ya que, regula las reglas ortográficas de un número mayor de países que el resto de las academias lingüísticas, debido a que se han adherido 23 países para la regulación del español (Freixas, 2012).

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2019) define la sexualidad únicamente desde una visión biologicista o de índole erótico, como vemos a continuación:

1. *Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.*
2. *Apetito sexual, propensión al placer carnal.*

Ahondado en las definiciones de la RAE (2019) en cuanto a palabras de la familia de sexualidad, están sexual y sexo. Sexual es el adjetivo de sexualidad/sexo y es definido como “*perteneciente al sexo*” y junto a este término aparecen expresiones con las que se utiliza este término como abuso sexual, acoso sexual, acto sexual, agresión sexual, carácter sexual, carácter sexual secundario y símbolo sexual. Acoso, abuso y símbolo sexual no solamente tienen condicionamiento biológico, sino que engloban roles de género y población vulnerable, pero sus definiciones son abarcadas desde un punto simplista y ambiguo.

Si analizamos la palabra principal de esta familia, sexo, en comparación con las expuestas en los diccionarios de lengua inglesa, en el de la RAE (2019) vemos que se centra únicamente en el aspecto biológico del desarrollo humano como seres sexuados. Este concepto es compartido, como hemos expuesto anteriormente, con otras academias lingüísticas.

Sin embargo, en la institución lingüística cultural española podemos encontrar definiciones como “*sexo débil*” al conjunto de mujeres y “*sexo fuerte*” al conjunto de varones. Las definiciones plasmadas en los diccionarios son las que se usan por el público general, ratificando la justificación de desigualdades existentes en la sociedad. Además, los ejemplos que se dan en el Diccionario de la RAE para explicar las palabras relacionadas con la sexualidad se muestran desde aspectos negativos, como estar obsesionado con el sexo o propensión carnal.

La respuesta a esta situación por parte de los organismos incide en que justifican no cambiar la terminología ni su significado porque en el lenguaje actual se siguen utilizando con las mismas definiciones. El problema es que si esperamos a que las sociedades lleven a cabo cambios significativos el proceso será más lento, por lo que los organismos institucionales con impacto mundial tienen el deber de ser los primeros en favorecer el cambio (Gómez-Zapiain, Ibaceta, y Pinedo, 1997).

Por ejemplo, “*sexo débil*” no debería ser definido como injustificadamente se ha considerado al sexo femenino por razones fundadas en la desigualdad, porque no existe ningún *sexo débil*, o directamente suprimir la definición. Esta ligera transformación implicaría un cambio de significado en la búsqueda de sociedades más igualitarias.

Para comprender las definiciones que utilizan los expertos en sexualidad hemos analizado las definiciones de sexo y de sexualidad que han sido aprobadas por la comunidad científica de distintos países.

Los expertos dividen sus opiniones sobre sexualidad desde aspectos más filosóficos, pasando por definiciones psicológicas y socioculturales hasta las más recientes que por lo general tiene una visión más holística. Todas las definiciones comparten la idea de que la sexualidad no se encuentra subordinada a la biología y que es un proceso sociocultural.

Trempe (1976) explica la sexualidad como categorización de nuestro ser, siendo propia de la identidad humana en particular. Esta conceptualización se separa de la visión positiva de seres sexuados de Amezúa (1973), considerando la sexualidad de una manera innovadora al no creer que solamente es un aspecto ligado al sexo biológico, sino una característica propia de la identidad de cada ser humano.

A su vez, L’Abate, y Talmadge (1987) explican la sexualidad como la combinación dinámica entre los procesos fisiológicos y psicológicos expuestos a factores cambiantes e

interrelacionados. Exponen que, aunque nos expresemos a través del sexo, lo que mostramos a los demás va más allá manifestando lo que de verdad nos define, que es nuestra forma de pensar, sentir y mostrar nuestro género a los demás. Como dijeron literalmente estos autores, la sexualidad se puede resumir en que “*es una fuerza primaria en la vida de cada individuo*” (L’Abate, y Talmadge, 1987, p. 24).

Como hemos evaluado en la teoría social de Foucault, este mismo autor definió la sexualidad como la manera de expresar libremente nuestro comportamiento, siendo de nuestra creación y discrepando de la visión negativa de deseo subconsciente de Freud. El resumen de su concepto puede ser plasmado como un proceso de invención, que utiliza una relación estratégica como una fuente de placer físico (Foucault, 1978).

En la década de los 90 y de los 2000 tenemos algunas de las mejores definiciones que se han desarrollado debido a los cambios relacionados con el progreso humano y con la búsqueda de sociedades igualitarias y de respeto, resaltando los problemas sociales en los que incide esta transformación. Entre los expertos más influyentes del contexto español, destacan entre otros Barragán (1991), el Colectivo Harimaguada, y López Sánchez (1994) y Gómez-Zapiain (2000).

Barragán (1991), defensor del término Educación Sexual frente al de Educación Afectivo-Sexual, argumentó en su definición de sexualidad esta visión. La sexualidad para este autor se estructura en un marco sociocultural, siendo un todo que va desde la biología, la comunicación con los otros, la afectividad hasta el deseo y el placer presente desde el nacimiento hasta la muerte. Para Barragán la transversalidad y la definición holística del concepto son muy importantes para entender que la sexualidad no está segmentada, sino que forma parte de un conjunto completo.

Lagarde (1996) continúa con la visión bio-socio-cultural establecida desde los años 90 por los distintos expertos y por la WHO como factor principal para medir la salud. Lo novedoso de su definición es que recae en la importancia del poder, señalando que la sexualidad es lo que nos define como seres humanos, pero recalca que históricamente se ha usado y sigue siendo utilizado como medio de control de las sociedades. La sexualidad, por tanto, ha permitido regular culturalmente nuestras relaciones, las estructuras jerárquicas del poder, las instituciones y las distintas esferas individuales de la vida de las personas.

El Colectivo Harimaguada, y López Sánchez (1994) puntualizaron las definiciones de la década de los 90 en las que la sexualidad no es solo parte de la personalidad, sino que es “*la realidad de lo que somos*” (p. 3).

Abenoza (1994) expuso la importancia de la educación y de la metodología empleadas para el desarrollo individual. Recuperó el constructo de somos seres sexuados expuesto por Amezúa (1973), recalcando que la sexuación nos condiciona a la hora de expresarnos, de vivir y de concienciarnos según nuestra identidad en el mundo.

Ochoa (1995) retomó las ideas de Lagarde (1996), exponiendo el control sobre la sexualidad y lo que incluye como “*una mercancía, un débito carnal, un objeto de estudio, una adicción, una forma de relajarse, un estimulante o una fuente de placer total*” (p. 20). Señaló que no solamente es un control institucional y una manera de comportamiento, sino que también incluye la salud, el amor y el placer, teniendo en cuenta su contexto bio-psico-social.

Gómez-Zapiain, Ibaceta, y Pinedo (1997) comparten el concepto multidimensional y holístico de Barragán (1991), explicando que es un proceso que está influyendo en el desarrollo que se produce para llegar a ser mujer u hombre en el mundo, asociado al marco sociocultural en el que nacemos.

Moreno, y López Navarro (2001) subrayan la importancia de entender la sexualidad como una parte cambiante durante nuestro desarrollo psicoafectivo y biológico en los distintos periodos del ciclo vital, y resaltan la existencia de la sexualidad durante la vejez.

Recuperando lo expuesto por Amezúa (1973), Abenoza (1994), y Medialdea, Otte, y Pérez (2001) se explica la importancia de ser sexuado y de las orientaciones asociadas por sexo que dirigen el desarrollo psicológico y biológico. Estos autores aclaran la importancia de la afectividad como medio de expresar nuestra sexualidad en relación con la genética característica que nos ha sido dotada por el sexo. Estas definiciones tan centradas en la existencia de los sexos tienen una visión parcializada del contexto actual en el que el sexo está también determinado por aspectos del desarrollo sociocultural. En estas definiciones habría que añadir las desigualdades e injusticias que se han derivado de las etiquetas existentes por sexo.

Rathus, Nevid, y Fichner-Rathus (2005) y García y Suárez (2007) resaltaron el concepto de la expresión del ser humano sexuado, enumerado por otros autores como

Foucault (1978). Definieron la sexualidad como la expresión de nuestro conocimiento sobre nosotros mismos, nuestras experiencias de la vida y nuestras respuestas eróticas. García, y Suárez (2007) resumieron la manera de vivir la sexualidad.

Font (2005) vuelve a la idea retrógrada de que la sexualidad en la que solo se hace referencia a la condición orgánica que separa a los dos sexos en mujeres y hombres y su desarrollo en la sociedad. Puede que esta visión se relacione con el pasado histórico de los estereotipos por sexo.

La definición que más se acerca a la visión que defendemos en este trabajo es la expuesta por la WHO (2006), cuando manifiesta que la sexualidad se debe a que el ser humano es sexuado. La importancia de esta definición radica en que incluye la comprensión del sexo, el género, su identidad, la orientación, la afectividad y la biología sexual. “*La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales*” (WHO, 2006, p. 5).

Rubio (2007) ratificó la idea de que es “*una construcción mental de los seres humanos con un significado sexual*” (Rubio, 2007, p. 13). Álvarez-Gayou (2011) añadió a esta definición la influencia y la construcción individual mediante la interacción con la sociedad en la que nacemos.

Para Revilla (2013) la sexualidad simboliza la relación que hay entre el poder y el conocimiento de las sociedades y de los individuos.

Para Rásky et al. (2017) y Forrest (2018), la sexualidad es la manera de expresarnos en la sociedad bajo las normas socioculturales. La importancia del control de los estereotipos negativos y las justificaciones basadas en ellos deben ser cambiadas a través de la educación con la ayuda de los gobiernos.

Estas definiciones pueden carecer del realismo social en comparación con las terminologías contrastadas en los diccionarios. La dificultad por encontrar una definición factual radica en la importancia de ajustarse al contexto de manera realista y social (Castilla, 1990). Dichas terminologías siguen presentando limitaciones, pero podemos resaltar sus aspectos generales:

- Somos seres sexuados porque estamos dotados de sexo.
- La sexualidad incluye tanto el marco biológico de la reproducción, como el afectivo, el social y la búsqueda de placer sexual.
- La sexualidad son las experiencias que vivimos como mujeres y hombres en un marco sociocultural que marcará nuestro desarrollo individual.
- La sexualidad está formada por diferentes aspectos y solo puede ser estudiada interdisciplinariamente.
- La sexualidad se encuentra supedita al pensamiento social.
- La sexualidad es inherente al ser humano, siendo única y propia de cada persona.
- La sexualidad es a la vez individual y social. La diferencia es que el marco social es el encargado de regular y compartir los comportamientos individuales.
- La sexualidad es un proceso que se inicia en el nacimiento y se acaba en la muerte.

Comprendiendo lo que hemos analizado e investigado anteriormente, podemos concluir señalando que la sexualidad se ha desarrollado según las reglas impuestas por el marco sociocultural determinado y por los aspectos biológicos que nos hacen ser seres sexuados.

3.2. Vocabulario y significados: Identidad de género y orientación sexual

En este apartado vamos a exponer brevemente la terminología implicada en la identidad de género y en la orientación sexual para contribuir a entender el rico espectro de variedad sexual existente en la especie humana. Todas las definiciones que vamos a tratar tienen sus matices y no son simples etiquetas (Zimman, Davis, y Raclaw, 2014; Louro, 2019).

En relación con la identidad de género tenemos varios conceptos fundamentales:

- Identidad de género: es como nosotros nos sentimos y nos concebimos a nosotros mismos.
- Cisgénero: persona que se identifica con el género que se le asignó al nacer en base a su sexo.
- Trans/Transgénero: persona que no se identifica con el género que se le asignó al nacer en base a su sexo, pero no todas las personas tienen la necesidad de pasar por un proceso hormonal o quirúrgico. Se considera que si la persona inicia un proceso de transición a nivel hormonal o quirúrgico se denomina transexual, pero

nunca dejaría de ser una persona trans. El término transexual se considera anticuado porque se asoció a una patología por la Sociedad Médica y Psicológica.

- Trans no binaria: persona que se identifica más allá de lo binario. No dependen de los estereotipos binarios ni de la idea cisnormativa del cuerpo, sino más bien rechazan este constructo.
- Género no binario: la identificación con ambos géneros o entre ellos, siendo su identidad no completamente ni femenina ni masculina pudiendo relacionarse con una nueva identidad. Puede considerarse dentro del espectro hombre o mujer o fuera de este espectro. Dentro de este constructo se incluyen entre otros: Queer, Género Fluido, Agénero, Género Neutro, Dos-Espíritus, Demigénero o Género Disidente.
- Género no conforme: se refiere a cualquier persona que no cumple con las expectativas sociales de expresión de género.
- Género fluido: cuando la persona no se identifica con una sola identidad de género, sino que circula entre varias.
- Género Queer (del inglés extraño o poco usual): identidad sexual o de género que no corresponde a las ideas establecidas de sexualidad y género y sale del resto de etiquetas sexuales y de género. Es decir, rechaza las etiquetas e imposiciones binarias (hombre/mujer) y sus roles sociales desconstruyendo el sistema heteropatriarcal al reconocerlo como opresor y discriminatorio.
- Agénero o sin género: la no identificación con ningún género.
- Disforia de género: sentimiento de rechazo hacia partes del cuerpo normativo que no se corresponde con la identidad de género de uno mismo.
- Expresión de género: es la manera en la que proyectamos nuestra identidad ante la sociedad, la forma de comunicar quiénes somos, a partir de nuestras predisposiciones, conductas, roles de género o adhesión a herramientas estéticas.
- Disidencias de género: expresiones identitarias que no se engloban dentro del binarismo y que pretenden romper con esta idea única.
- Binarismo: dualismo de género entre mujeres y hombres.

En relación con el sexo tenemos los siguientes conceptos:

- Sexo: condición genital por la que se distingue a los varones, hembras y personas intersex, asociado con los conceptos biológicos (reproducción, menstruación, parto, desarrollo hormonal, etc.) e íntimamente relacionado con los roles de género.
- Intersex o intersexual: son personas que nacen con características de ambos sexos y que no encajan en las establecidas tradicionalmente en el espectro binario (masculino y femenino), ya sea tanto por anatomía y/o genética (hormonal y/o cromosómico).

En relación con la orientación sexual tenemos varios conceptos fundamentales:

- Heterosexualidad: atracción por personas del sexo opuesto.
- Homosexualidad: atracción por personas del mismo sexo. En las mujeres se denomina lesbianas y en los varones gays.
- Bisexualidad: persona que se siente atraída por personas del sexo opuesto y por personas del mismo sexo.
- Pansexualidad: atracción por las personas independientemente de su identidad sexual.
- Demisexualidad: aparición de la atracción sexual si se ha creado un fuerte sentimiento de vinculación emocional.
- Asexualidad: falta de atracción o deseo sexual.

La palabra cisnormatividad y heteronormatividad hacen referencia a la asunción de que las personas son cisgénero y heterosexuales insensibilizando el resto de los colectivos variables del espectro de diversidad sexual.

4. FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS Y FISIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad es un proceso dinámico, diferente en cada edad, único, inherente al ser humano y en construcción, que explicamos tomando en cuenta los manuales de Castelo-Branco (2005), Arango (2008), Cabero, Cabrillo, Ebenperger, y Beldar (2012), Cruz (2012), Tratado de Reproducción Humana para Enfermería de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF, 2008) y el Manual de Buena Práctica Clínica en Reproducción Asistida también de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF, 2016).

4.1. Fundamentos biológicos

La reproducción es una de las tres funciones biológicas fundamentales de los seres vivos, junto a la nutrición y a la relación, su finalidad es mantener la especie (Estévez, 2018). La reproducción humana es sexual, en la que el aparato sexual se encuentra en la cavidad abdominal, reposando sobre la pelvis y comparte su localización con partes del aparato urinario y digestivo, encontrándose muy influido por el sistema endocrino y es controlado por el sistema nervioso.

A continuación, describiremos el proceso biológico de la reproducción, sus genitales y procesos que los regulan, su fisiología y la esterilidad.

4.1.1. Aparato reproductor femenino

- *Anatomía del aparato genital femenino*

Genitales externos:

La parte visible se conoce por el término de vulva y se encuentra debajo de la parte inferior de la pelvis y va desde el borde de la pelvis al periné. Se encuentra formada por 10 estructuras que son: el pubis, el clítoris, los labios mayores y menores, el meato urinario, el introito vaginal, el himen, las glándulas de Bartolino, las glándulas de Skene, el periné y las mamas (Castelo-Branco, 2005).

- El pubis: prominencia de la parte frontal de la pelvis, cuyo tejido es rico en materia grasa y el vello que lo cubre es desarrollado en la fase puberal.
- El clítoris: órgano que permite la satisfacción sexual, se encuentra situado encima del meato urinario, es eréctil y tiene una longitud de 1 a 2 cm, se encuentra

inervado por el nervio pudendo, su glándula está muy vascularizada y está formado por dos cuerpos cavernosos y dos pilares que lo fijan al periostio púbico.

- Los labios mayores y menores: estructuras que parten del pubis y recubren los genitales externos, que se encuentran unidos en la parte posterior de la vulva a través de la horquilla vulvar. Los labios mayores terminan en el periné y están formados por tejido subcutáneo, conjuntivo, glándulas sebáceas y vello y sirven para conferir protección a los genitales externos. Los labios menores están debajo de los mayores y se conectan con el prepucio del clítoris y la entrada vaginal.
- El meato urinario: orificio que está encima de la vagina y permite salir la orina.
- El introito vaginal: apertura de la vagina formada por epitelio escamoso estratificado localizado entre los dos labios menores.
- El himen: tejido fibroso que recubre parte de la entrada vaginal, su función es la de protección de infecciones, se rompe parcialmente con el contacto sexual o espontáneamente y se rompe por completo durante el parto.
- Glándulas de Bartolino: glándulas accesorias localizadas en los labios menores; que producen pequeñas cantidades de moco que favorecen la lubricación.
- Glándulas de Skene: dos glándulas que se encuentran debajo del meato urinario y contribuyen a la lubricación del orificio vaginal.
- Periné: conecta la vulva con el ano y en él se encuentran los transversos del periné, elevador del ano y bulbocavernoso que suelen verse afectados durante el parto.
- Mamas: formadas por tejido adiposo, irrigado por numerosos vasos sanguíneos y constituido por las glándulas mamarias fundamentales durante la lactogénesis que se encuentran delante del músculo pectoral.

Genitales internos:

Los órganos genitales internos están constituidos por la vagina, el útero, el cérvix, las trompas de Falopio, y los ovarios (Cabero et al., 2012).

- Vagina: localizada entre el introito vaginal y el útero, con una longitud media de 10 cm, las estructuras con las que colinda son la vejiga y el recto. Se encuentra recubierto por las mucosas, fijado por los ligamentos de Mackenrodt y el músculo elevador del ano, recubierto de un tejido epitelial estratificado confiriendo flexibilidad necesaria para las relaciones coitales y el parto. Su función es ser un

canal tanto para el parto, las relaciones coitales como para la excreción del flujo menstrual y del resto de secreciones vaginales.

- Útero: órgano con forma piramidal cuya longitud es de 8 cm y de 5 cm cercano a la vejiga y al recto. Se encuentra dividido en tres partes: fondo uterino, cérvix y cuerpo uterino. La base del triángulo que forma el útero y que lo limita en la cavidad abdominal se conoce como fondo uterino. A cada lado superior del útero se encuentran las trompas de Falopio. La estructura de este músculo está compuesta por la parte más externa o serosa, la capa media o miometrio (músculo liso) y el endometrio (capa interna) que es fundamental durante el ciclo menstrual y ovárico controlado por los cambios hormonales.
- Cérvix: parte inferior con forma cilíndrica que comunica el útero con la vagina.
- Trompas de Falopio: colocadas a los laterales del útero son un oviducto que permite el transporte de los espermatozoides al ovario.
- Ovarios: órganos reproductores o gónadas femeninas localizadas al final de las trompas de Falopio donde se realiza la ovogénesis y se obtiene el óvulo (célula femenina reproductora).

En la Figura 1 se muestra una imagen del aparato reproductor femenino.

Aparato reproductor femenino

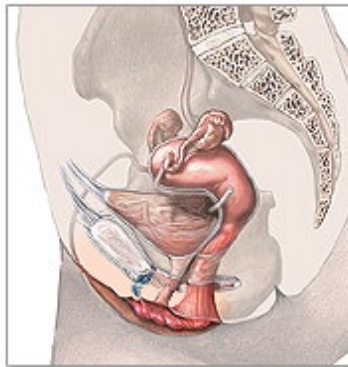


Figura 1. Aparato genital femenino.
Propiedad de Medline plus Adam.

- ***Fisiología del aparato reproductor femenino***

La madurez sexual, es decir, el momento en que biológicamente la mujer es fértil se produce desde la primera menarquia que ocurre normalmente de los 9 a los 16 años hasta la

menopausia alrededor de los 50 años. Este proceso es controlado por el sistema endocrino y nervioso a través del eje hipotálamo-hipófisis. Esta iniciación durante la pubertad está relacionada con cambios físicos y biológicos como el desarrollo de las mamas (telarquía). El ciclo menstrual es el proceso que controla la fertilidad femenina, cuya finalidad es preparar el endometrio para la posible implantación (Estévez, 2018).

El ciclo menstrual está constituido por dos ciclos: el ovárico y el endometrial. Este ciclo está controlado por el eje hipotálamo-hipófisis, en concreto por las hormonas que liberan las gonadotropinas (Cruz, 2012; SEF, 2008, 2016).

1. Ciclo ovárico: dividido en tres fases, la folicular, la ovulatoria y la lútea.

El inicio y el mantenimiento de la fase folicular se encuentran regulados por la concentración de la hormona foliculoestimulante (FSH) que estimula el crecimiento de los folículos, normalmente de 6 a 12 folículos por ciclo, a su vez esta hormona incentiva el desarrollo de las células que lo tapizarán, llamadas Teca. A los seis días de iniciado el ciclo empieza a aumentar la concentración de y la hormona luteinizante (LH) que sigue siendo menor que la de FSH, estimulando la producción de andrógenos que entrarán en la célula para formar el estradiol. El aumento de los estrógenos durante el ciclo inhibe la secreción de la FSH y es fundamental para la fase ovulatoria (Cruz, 2012). Con el desarrollo folicular finalizado gracias a la acción hormonal y una liberación adicional de la LH conocida como el pico de LH. Aproximadamente al duodécimo día del inicio del ciclo menstrual, se produce la ruptura del folículo y la liberación del cuerpo lúteo que dará inicio a una nueva fase, gracias a la acción de la progesterona y a la menor concentración de los estrógenos (SEF, 2008, 2016). Durante la fase lútea, el cuerpo lúteo a partir de los 14 días iniciará un proceso de involución y la producción de estrógenos y progesterona irá disminuyendo de manera drástica hasta su caída completa con la llegada de la menstruación y el comienzo de un nuevo ciclo (Cruz, 2012; SEF, 2008, 2016).

2. El ciclo endometrial: íntimamente conectado con el ciclo menstrual se encuentra dividido en dos fases conocidas como la proliferativa y la secretora.

La fase proliferativa tiene una duración aproximada de 11 días relacionada con la secreción del cérvix y la liberación de FSH que ayuda a que se secrete moco filante transparente para facilitar el canal de acceso de los espermatozoides, el crecimiento

del estroma endometrial y la generación de glándulas endometriales y nuevos vasos sanguíneos SEF, 2008, 2016). Tras las hormonas que se liberan, durante la fase secretora, gracias a la progesterona y a una menor concentración de estrógenos, se producirá la maduración del endometrio, creciendo los vasos y la cantidad de nutrientes almacenados. Si se produce la implantación se comenzará el desarrollo de las condiciones endometriales para preparar el embarazo (Cruz, 2012). Si no se produce la fecundación del óvulo, se originará un descenso crítico de los valores de progesterona y estrógenos que lo regulan, provocando la menstruación y se producirá una necrosis de la zona superficial del endometrio al colapsarse los vasos sanguíneos que la nutren, apareciendo hemorragias que se desprenderán al exterior gracias a la contracción del útero regulada por la liberación de prostaglandinas (SEF, 2008, 2016).

4.1.2. Aparato reproductor masculino

- *Anatomía del aparato reproductor masculino*

El aparato reproductor masculino está constituido por el escroto, los testículos, el epidídimo, los conductos deferentes, las vesículas seminales, los conductos eyaculadores, la uretra, la próstata, las glándulas de Cowper y el pene (Cabero et al., 2012; Cruz, 2012; SEF, 2008, 2016).

- Escroto: bolsa que contiene los testículos y que regula su temperatura gracias a la contracción del músculo cremáster. Se encuentra colocada delante del periné y debajo del pene.
- Testículos: dos órganos con forma ovoide responsable de la gametogénesis masculina (producción de espermatozoides) conectados por el escroto hasta la pelvis y sujetados por el músculo cremáster. Dentro de cada órgano existen varios tubos seminífero-recubiertos de tejido epitelial germinal formado por células derivadas de las fases de la espermatogénesis, que cuando son estimuladas por la hormona FSH producen más de 120 millones de espermatozoides (células reproductoras masculinas).
- Epidídimo: estructura tubular localizada en la cara superior y posterior del testículo que conecta el testículo con el conducto deferente, pudiendo los espermatozoides tardar 6 días para recorrerlo.

- Conducto deferente: conecta el final del epidídimo saliendo de la cavidad escrotal hasta detrás de la vejiga. En el último tramo se almacenan los espermatozoides.
- Vesículas seminales: estructuras tubulares anexas a la vejiga, que permiten la nutrición de los espermatozoides.
- Conductos eyaculadores: empiezan en cada vesícula seminal y acaban en la uretra.
- Uretra: conducto que se extiende desde la vejiga hasta el meato urinario del pene, constituido por distintas partes: uretra prostática, membranosa y peneana.
- Próstata: recubre el inicio del conducto uretral al salir de la vejiga y fortalece a los espermatozoides para protegerse de los fluidos segregados por la vagina.
- Glándulas de Cowper: se localizan en el inicio de la uretra membranosa y producen secreción mucosa que precede a la eyaculación para neutralizar la acidez que ha dejado la orina en la uretra.
- Pene: órgano localizado delante del pubis y encima de los testículos que cambia de longitud si está eréctil o flácido, facilitando la expulsión de la orina, siendo también el órgano reproductor masculino. Se encuentra formado por tres columnas, dos de ellas son los cuerpos cavernosos y la otra es el glande o cuerpo esponjoso del pene que se encuentra cubierto por la piel llamada prepucio.

En la Figura 2 se muestra una imagen del aparato reproductor masculino.

Aparato reproductor masculino

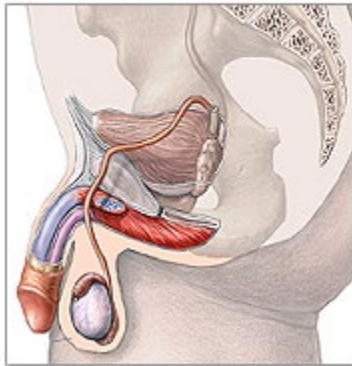


Figura 2. Aparato genital masculino.
Propiedad de Medline plus Adam.

- *Fisiología del aparato reproductor masculino*

Proceso que se inicia a los 13 años y continúa durante toda la vida; aunque la calidad del espermatozoide disminuye con la edad. Estudios recientes creen que a mayor edad mayor riesgo de enfermedades cromosómicas (Cabero et al., 2012; SEF, 2008, 2016).

La espermatogénesis se considera como el proceso de formación de los espermatozoides, gametogénesis masculina, su duración es alrededor de 75 días y se divide en tres fases: espermatogónica, meiótica y espermiogénesis.

En la primera fase se forman las espermatogonias en los tubos seminíferos a partir de la multiplicación de las células germinales. Cuando se alcanza el puerperio estas células aumentan y se convierten en espermatocitos. Estas células diploides se dividirán según el proceso de meiosis (reducción a la mitad del número de cromosomas) para obtener células haploides, durante la fase de meiosis I dando lugar a dos espermatocitos de primer orden que sufrirán otra fase de meiosis II, convirtiéndose al final de esta nueva división en cuatro espermatidas (células haploides) (SEF, 2008, 2016).

Al ingresar en las células de Sertoli, las espermatidas se nutren y se transforman en espermatozoides. Este proceso es regulado por el sistema endocrino y nervioso que libera testosterona, LH, FSH, e inhibina (Cabero et al., 2012; Cruz, 2012).

4.2. Proceso de fertilización, implantación y embarazo

Durante la fase de ovulación, el ovocito ha viajado por la trompa de Falopio hasta llegar a la cavidad uterina; la duración de este proceso es de menos de 24 horas. Si ha habido relaciones coitales, al llegar a la cavidad uterina el ovocito podrá ser fecundado por un espermatozoide que le haya alcanzado. Sin embargo, este espermatozoide deberá atravesar la capa de células granulosas de la corona radiada y llegar a la zona pelúcida, desprendiéndose la cola del espermatozoide porque su función única es la motora. Para evitar la entrada de más espermatozoides, cuando la membrana celular es atravesada se modificará para evitar que entre otro espermatozoide (Cabero et al., 2012; SEF, 2008, 2016).

Cuando el espermatozoide está en el ovocito, se cataliza la fecundación en el útero, formándose por la unión del pronúcleo femenino con el masculino dando lugar al cigoto, donde se están mezclando y replicando los cromosomas de ADN paternos y maternos, originando una célula diploide con 46 cromosomas. Este cigoto se implantará en el

endometrio iniciándose el embarazo. El cigoto comenzará a dividirse en cuatro células, posteriormente en 8 células y a los tres días ya será de 12 a 16 células o mórula y continuará con sucesivas divisiones para dar lugar al ser humano. Entre el cuarto y quinto día de fertilización se conoce como blastocito y comenzarán a formarse las estructuras internas (macizo celular interno) y externas del organismo humano (macizo celular externo). Alrededor del décimo día se formará la circulación útero-placentaria. La duración del proceso de gestación es de unas 40 semanas, finalizando con el nacimiento del nuevo ser y el alumbramiento de la placenta (SEF, 2008).

4.3. Fisiología sexual

- *Estimulación sexual y relaciones coitales para la reproducción*

Para la reproducción humana es necesario las relaciones coitales, aunque debido a los avances tecnológicos y sanitarios no es la única manera para la fecundación de los óvulos. Otras maneras pueden ser la fecundación in vitro o la inseminación (Cruz, 2012; SEF, 2016).

En las relaciones coitales intervienen factores previos orgánicos y psicológicos que condicionan la respuesta sexual humana para garantizar la reproducción. Aunque, como hemos comentado, las relaciones coitales actualmente no tienen un único fin reproductivo, sino que la búsqueda de placer personal es una de las principales razones de las relaciones sexuales (SEF, 2016).

Los cambios fisiológicos no se producen únicamente en las áreas genitales, porque la estimulación sexual también genera reacciones neurológicas, endocrinas, circulatorias y locomotoras. A nivel biológico se estudian tres etapas vinculadas y relacionadas entre ellas (Cabero et al., 2012; SEF, 2008, 2016):

1. Deseo: necesidad vital que se presenta como es el dormir, comer o beber. El organismo necesita satisfacer su deseo como seres sexuados que somos.
2. Excitación: lubricación y dilatación vaginal en la mujer y erección del pene gracias a su concentración de sangre. La excitación es gracias a las acciones dirigidas por el sistema nervioso central destinadas al funcionamiento genital y extragenital.
3. El acto sexual: introducción del pene en la vagina y fricción de ambos. Esta fase es conocida como la fase previa al orgasmo o las sensaciones que se derivan entre

la penetración y el orgasmo. En el caso de las mujeres sin una estimulación del clítoris no se llegará al orgasmo.

4. El orgasmo u orgasmos: contracción de los genitales y llegada al clímax. En el caso de los varones se producirá la eyaculación. Las mujeres podrán experimentar más de un orgasmo durante un acto sexual con la adecuada estimulación.
5. El descanso: la acción orgánica y psicológica después del orgasmo desciende hasta el nivel de recuperación del organismo como se encontraba en la fase previa a la estimulación sexual, hallándose en el periodo de reposo.

El primer estudio en fisiología en demostrar las etapas es el de Masters y Johnson (1966) que analizaron la respuesta sexual de 600 hombres y mujeres entre 18 y 89 años. Los estudios actuales han ampliado muestras evaluando también las respuestas homosexuales.

- Influencias del sistema endocrino y del sistema nervioso en las relaciones sexuales

La respuesta sexual está regulada por los factores biológicos y ambientales. El eje principal de funcionamiento es la comunicación de las neuronas con los nervios eferentes y aferentes y su comunicación con el sistema endocrino en la liberación o no de hormonas (SEF, 2008, 2016). Gran parte de los centros nerviosos que regulan las relaciones sexuales se encuentran en la médula espinal. Estos centros nerviosos no son los únicos, ya que están constituidos por un sistema muy complicado formado por el cerebro medio, la corteza límbica y los núcleos subcorticales. El control de las funciones del acto sexual es siempre voluntario, por lo que el respeto a que queramos o no tener relaciones sexuales es fundamental dentro de la conducta ética humana (Cabero et al., 2012).

El neurotransmisor polipéptido vasointestinal (VPI) es responsable de la vasodilatación de la vagina y del pene y por tanto, es fundamental en la erección del pene y en la lubricación de los genitales (Cabero et al., 2012; SEF, 2008, 2016).

Con la edad se produce un deterioro del tejido muscular liso de los genitales, lo que influye en el aumento de trastornos relacionados con la dificultad de la erección y la falta de lubricación vaginal. Por otra parte, nuestro estado emocional influirá en nuestras relaciones sexuales, pudiendo los estados negativos como la depresión o el estrés limitar la lubricación

genital y la erección al inhibir, por ejemplo, la segregación de dopamina y aumentar la segregación de serotonina que inhibe el deseo sexual (SEF, 2008, 2016).

4.4. Problemas biológicos de la reproducción humana: la esterilidad

Como mamíferos, nuestra manera de perpetuar las especies es sexuada, es decir, a través del coito vaginal y la fecundación del ovocito por el espermatozoide. Por consiguiente, entendemos como infertilidad problemas asociados a la fertilidad del varón o de la mujer e incluso, de ambos a la vez. Algunos de los problemas más comunes que generan esterilidad en el varón pueden ser por problemas de erección, eyaculación, fallos en la conexión con los conductos deferentes, anomalías en las estructuras genitales o generación de espermatozoides infértiles, etc. En el caso de las mujeres puede ser por problemas en el útero, por la generación de ovocitos infértiles, por anomalías en los genitales, segregación inadecuada de hormonas, etc. (López Villaverde, 2014; Romeu, 2014). Para que las especies sobrevivan y no se extingan es necesario que se reproduzcan, pero la especie humana no se encuentra en peligro de extinción, es más, estamos en súper hábitat malgastando los recursos del planeta. Así que, por ahora, la supervivencia de la especie está garantizada e incluso para evitar la destrucción del planeta estaría bien reducir la población mundial disminuyendo la natalidad y para ello es necesario una educación inclusiva social (López Villaverde, 2014).

Los mamíferos nos caracterizamos por ligeros dimorfismos sexuales, variaciones en el fenotipo, que diferencian a los miembros varones de las mujeres. Los varones suelen ser más grandes y fuertes que las mujeres, pero las mujeres suelen soportar mejor el dolor físico, son más flexibles y tienen una mejor respuesta inmunológica (Romeu, 2014).

La esterilidad desde el punto de vista biológico es la incapacidad de concebir otro individuo, pero en la actualidad podemos hablar de esterilidad constitucional en el caso de las parejas homosexuales o transgénero y de los individuos solteros, más difícil de concebir cuando no hay una pareja mujer, porque es necesario el vientre humano para el desarrollo de un nuevo ser. Todavía no se ha descubierto ninguna manera de concebir individuos sin un vientre humano, aunque existen técnicas de fertilidad que ayudan con estos problemas como la fecundación in vitro o la inseminación artificial (López Villaverde, 2014).

Las gestaciones subrogadas son otro de los nuevos cambios que se aventuran con el desarrollo de los avances sanitarios. Es un tema muy complicado desde el punto de vista ético

que tiene consecuencias sobre el proceso de la concepción, sobre las personas envueltas en el proceso, sobre las diferentes legislaciones en los distintos países, y en la educación a los nacidos en estas nuevas condiciones de concepción (Romeu, 2014). Las limitaciones éticas en su regulación son menores cuando la propia gestante decide voluntariamente concebir un hijo, generando menos conflictos morales en los países que está regulada (Grau, y Fernández-Hawrylak, 2015). En España no está permitido la gestación subrogada, pero sí se da reconocimiento y cobertura sanitaria y social después del nacimiento a pesar de las polémicas (López Villaverde, 2014).

El problema de los vientres de alquiler es que se convierta en una nueva forma de negocio en el que las mujeres son instrumentos a cambio de dinero y pueden ser sometidas a abuso e incluso que sean controladas por mafias. Para evitar el sufrimiento humano es necesaria una legislación a nivel mundial que busque la concepción de manera ética, segura y que respete los derechos humanos (López Villaverde, 2014).

Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) son otras formas de fecundación para parejas que tengan problemas de fertilidad o esterilidad constitucional en los casos de mujeres sin pareja, mujeres con una pareja infértil, parejas que quieren limitar enfermedades genéticas graves y/o inmunológicas o parejas lesbianas. Algunas de las técnicas más importantes son:

- La inseminación artificial: se trata de un proceso intrauterino en el que el espermatozoide es introducido en la cavidad intrauterina durante los días de ovulación. Este proceso es invasivo a nivel vaginal, pero no es doloroso. Las parejas lesbianas pueden pedir ser inseminadas por el mismo donante para crear una familia en la que ambos descendientes sean hermanos o asegurarse de que el proceso sea más efectivo al realizarse en dos vientres la reproducción asistida y no solo en uno (Grau, y Fernández-Hawrylak, 2015; López Villaverde, 2014).
- La fecundación in vitro (FIV): en el caso de que la inseminación no fuese efectiva, según lo regulado en la ley se iniciará un proceso de fecundación in vitro. La fecundación in vitro, es un proceso invasivo en la que se extrae el ovocito y se fecunda en el exterior y finalmente cuando está fecundado se introduce en la mujer para que se desarrolle el proceso de embarazo en su vientre (Romeu, 2014).

Ambos procesos son regulados sanitariamente en las leyes europeas para controlar y garantizar la no transmisión de enfermedades y deben ser llevados a cabo por personal

cualificado que siga los protocolos de calidad y se realice con seguridad. El espermatozoide podrá ser de la pareja y en caso de esterilidad de un banco de esperma. La implantación de ovocitos donados está disponible en el caso de que la esterilidad femenina permita desarrollar el proceso de gestación. La regulación de donantes es anónima según las leyes de los países y el contrato es firmado por los participantes (López Villaverde, 2014).

Por seguridad de los nacidos, si el donante no quiere tener ningún contacto, solo podrá ser contactado en caso de necesidad vital del nacido, en dicho caso se le explicará al donante la situación de salud del recién nacido y porqué se le necesita. A su vez se regulará las veces que esa persona ha sido donante y ha concebido descendencia (Romeu, 2014).

Culturalmente se ha entendido la esterilidad como un castigo de las deidades y se ha visto negativamente no tener descendencia al no poder transmitir la herencia. La esterilidad masculina se consideraba prácticamente inexistente y la esterilidad propiamente femenina era duramente castigada con la repudiación e incluso con la muerte. En la actualidad no poder concebir un hijo sigue generando un gran estrés en las parejas y en los individuos sin pareja (Romeu, 2014).

5. DESARROLLO PSICOSEXUAL Y EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD

A continuación, vamos a analizar el desarrollo psicosexual humano teniendo en cuenta factores psicológicos, biológicos y sociales. Es necesario consolidar la visión integrada de la sexualidad durante el desarrollo humano, los procesos que van a enumerarse no tienen porqué desarrollarse en todas las personas a las mismas edades y no por ello indicar que puedan ser patologías o desadaptaciones sociales.

5.1. Desarrollo prenatal

Es el desarrollo biológico que se produce antes del nacimiento, aproximadamente durante nueve meses de gestación. La biología del desarrollo fetal se ve influenciada por factores intrauterinos y externos del entorno materno. El inicio común con otros seres vivos se produce durante la fecundación del óvulo por el espermatozoide, originándose el cigoto, el cual se implantará en el útero materno para realizar los primeros intercambios alimenticios que le conectan a su madre, considerándose la fase germinal (Cabero et al., 2012).

La fase de embrión dura aproximadamente hasta el segundo mes de embarazo, tras la implantación. Durante esta etapa se produce una multiplicación celular y se forman tres capas diferenciadas: ectodermo, mesodermo y endodermo, que darán lugar a los órganos sexuales y a los sistemas corporales. A la vez se desarrolla la placenta, que recubre al embrión sumido en líquido amniótico, y cuya función principal es la amortiguación de los golpes. Finalmente, se desarrolla el cordón umbilical, permeable a sustancias químicas, que permite el paso de nutrientes entre la madre y el feto, pero también de sustancias nocivas como el alcohol y las drogas (SEF, 2008, 2016).

La siguiente fase es la fase fetal, en la cual se origina el feto a finales del segundo mes, cuando el embrión alcanza un tamaño de 3 cm. Durante esta fase, que dura hasta los 9 meses, se desarrollan todos los órganos corporales que preparan a su organismo para adaptarse biológicamente al mundo que le espera. Esta configuración de los órganos permitirá desarrollar las funciones cognitivas y afectivas buscando el equilibrio fetal, que no solo dependen del desarrollo biológico de las células sexuales, también les influye una amplitud de factores como el entorno materno, el estilo de vida de la madre, la afectividad materna, la situación anímica materna, etc. (Cabero et al., 2012; SEF, 2008, 2016).

Las conductas del feto son derivadas de la necesidad del organismo de adaptarse a los diferentes cambios que se producen: perturbaciones, falta de alimentos, etc. Por tanto, el feto está en constante ajuste para garantizar su equilibrio y su supervivencia.

La ley de función anticipatoria manifiesta que nuestro desarrollo neonatal influirá decisivamente en nuestro desarrollo posterior; por ejemplo, si el feto percibe que en el exterior la alimentación es escasa desarrollará una mayor predisposición a acumular grasas en el futuro. Por tanto, debemos tener en cuenta que los recién nacidos prematuros pueden ser sujetos de riesgo afectivo y biológico (Perinat, Miras, y Onrubia 2007).

Desde el momento de la concepción se determina el sexo cromosómico, XX femenino y XY masculino. La genética, junto con las proteínas, hormonas y enzimas catalizadoras, intervendrá en la formación del aparato sexual. El sexo no solo se verá influido por los cromosomas sexuales, sino que también actuarán otros diferentes factores relacionados con el entorno, como hemos expuesto anteriormente.

En torno a los 40 días, durante la fase embrionaria, comienzan a desarrollarse las gónadas femeninas y masculinas de manera idéntica. La diferenciación sexual se produce cuando en los embriones masculinos se inicia la segregación de testosterona para la configuración del aparato sexual masculino (proceso de virilización). Los órganos femeninos no se desarrollan hasta el cuarto mes de gestación, junto con la aparición de las protuberancias que originarán las mamas.

El origen de ambos sexos es común y neutral, siendo el aspecto fundamental de la diferenciación sexual la segregación de la testosterona (hormona andrógena), y en caso de duda la naturaleza tiende a lo femenino.

Según Perinat et al. (2014), el desarrollo sexual no solo es influido por la anatomía y la fisiología del aparato sexual, sino que se ve regido por su conexión con el sistema nervioso, en especial con el cerebro.

La sexualidad se vive durante todo el embarazo por la afectividad mostrada por la pareja hacia el feto, la concepción del embrión y los actos socioculturales relacionados con la práctica de conocer el sexo del feto antes de su nacimiento. Sin embargo, embarazos no deseados, abortos femeninos, abuso de sustancias, etc., claramente están relacionados con complicadas situaciones psicológicas y sociales y/o con un desarrollo fetal negativo (Zapata, y Gutiérrez, 2016).

Cada feto es irrepetible y sus diferencias biológicas marcan la riqueza de la diversidad sexuada existente en el ser humano. Como hemos observado, el desarrollo fetal está condicionado por la afectividad y no sólo por la biología sexual, siendo el entorno materno el encargado de transmitir el marco sociocultural y la seguridad emocional desde antes del nacimiento; por ello, debemos procurar actividades que no pongan en peligro al feto y evitar las situaciones de riesgo que afecten a las madres como el estrés, el consumo de drogas, etc.

5.2. Desarrollo neonatal hasta los dos primeros años de vida

El desarrollo de la sexualidad durante los dos primeros años de vida se ve más influenciado por el contacto socioafectivo que por el desarrollo sexual. La cultura en torno al sexo del bebé se manifiesta en el contacto familiar y en los juguetes que se estimulan desde el entorno familiar como explica Perinat (2014).

Analizaremos las diferentes etapas y los procesos que se desarrollan en relación con la sexualidad teniendo en cuenta lo expuesto en la teoría del desarrollo de Perinat (2014).

En relación con la sexualidad apreciamos que el desarrollo psicobiológico y socioafectivo de los infantes se ve condicionado por la afectividad y las relaciones sociales que se manifiestan desde el nacimiento e influyen en el desarrollo funcional de los niños.

Los primeros contactos se producen en el núcleo cercano, normalmente con la madre, convirtiéndose la relación entre madre e hijo en un sistema dual, dando lugar a la creación de los primeros vínculos sociales de seguridad y de protección.

La predisposición de los niños para relacionarse socialmente es innata, y de los primeros encuentros se establecen organizaciones positivas o negativas. Los niños, a través del marco sociocultural, se desarrollan bajo unas normas de crianza, de protección, culturales, comunicativas e históricas determinadas. Como expone Kaye (1982), los valores, las creencias y las normas se transmiten para pertenecer a una sociedad determinada.

Desde el nacimiento, los niños buscan un clima afectivo positivo, que se refleja en el desarrollo de características que facilitan la socialización, como la sonrisa. Hacia los 6 meses, el vínculo afectivo creado es fuerte, según la teoría del vínculo o apego de Bowlby (1993). El apego se desarrollará en función de las relaciones que se establezcan con el entorno del infante y las figuras de apego establecidas (Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall, 2015).

El desarrollo de la comunicación preverbal, a partir del desarrollo biológico y social, es fundamental para que comprendan su entorno y empiecen a forjar su identidad y roles sexuales. Este desarrollo biológico y socioafectivo permite que los niños adquieran el lenguaje, expresando pensamientos y sentimientos con relación a sí mismos y a su entorno próximo.

Culturalmente, como corrobora en su teoría Perinat (2014), transmitimos las actitudes hacia la sexualidad desde que nacemos, al inculcar a los niños las reglas sociales existentes con respecto a la vivencia de la sexualidad. Socialmente separamos a los niños por sexo, cuando la biología no realiza estos cambios. Por ejemplo, en la cultura occidental dejamos que las niñas tengan el pelo largo y les hacemos trenzas, y que los niños tengan el pelo corto y jueguen al fútbol; y cuando les leemos cuentos sobre princesas que son rescatadas por príncipes azules, estamos asumiendo y marcando estereotipos de género en los que las niñas son delicadas y los niños son fuertes.

5.3. Desarrollo durante la segunda infancia: de los dos primeros años de vida a los 11/12 años

El desarrollo de la sexualidad es una mezcla entre la biología, la educación y la cultura, es decir, se vivencia psicológicamente en un cuerpo y sus comportamientos se rigen por aspectos cognitivos y sociales.

Durante la niñez se continúa el desarrollo de la identidad sexual que se refiere a la representación de cada uno como persona aceptando los roles, las normas y los valores correspondientes a cada género, influidos por el desarrollo emocional y sociocognitivo (Perinat, 2014).

Analizaremos el desarrollo de la sexualidad de manera conjunta con el desarrollo biológico y cognitivo (Feldman, 2008).

Culturalmente, la sexualidad infantil se ha ignorado. Los primeros en estudiarla abiertamente, como hemos expuesto anteriormente de manera general, fueron los psicoanalistas desde la visión freudiana en relación con las aperturas corporales: boca (mamando), ano (interés por los excrementos), fállica (juega con sus órganos genitales), de la latencia (de los 6 a los 12 años hay menor interés por los impulsos placenteros sexuales) y genital (llegada de la pubertad e inicio del despertar sexual).

Modernizando la visión de la sexualidad freudiana, actualmente consideramos que la vivencia y el aprendizaje de la sexualidad durante la infancia están marcados socialmente por las reacciones, las valoraciones y los comportamientos que los adultos promueven hacia las actitudes sexuales sanas o, por el contrario, incentivan sentimientos de vergüenza o culpa.

El interés por la sexualidad durante la infancia se manifiesta desde los dos años. Los niños y las niñas reconocen las diferencias anatómicas entre ellos e inician juegos que imitan las relaciones adultas, como el juego de papás y mamás, imitando posturas coitales, comprendiendo la diferencia de los besos en la boca, que simbolizan para ellos amor, y los besos en la mejilla, que son de cariño.

La socialización de la sexualidad se ve influenciada por los medios audiovisuales y por las experiencias observadas de su entorno. Los niños manifiestan diferentes conductas que pueden ser consideradas exhibicionistas por parte de los padres y de los profesores.

Desde la educación sexual, los profesionales deben comprender este proceso natural, en especial los profesores, a quienes se les presenta con mayor dificultad dirigir estas emociones de la sexualidad durante las primeras etapas. La educación es el medio para guiar a los alumnos, por ello los padres y los profesores deben evaluar sus vivencias de la sexualidad para evitar que las situaciones incoherentes repercutan negativamente en el desarrollo sexual de los niños; por ejemplo, debemos percatarnos que desde el núcleo familiar y sociocultural estamos configurando una serie de roles femeninos y masculinos tradicionales.

Desde los 7 años hasta la pubertad no se produce una latencia sexual como explica Freud, sino como expone Perinat (2014), se produce la adquisición de una moral sexual que hace que los niños vayan incorporando las normas socioculturales con respecto a la vivencia de la sexualidad y disminuyan sus manifestaciones sexuales por el nacimiento de sentimientos de vergüenza y de culpa frente a la sexualidad, exhibiendo sus actitudes sexuales a sus compañeros y no tanto a los adultos.

Curiosamente, durante esta etapa se manifiesta la pregunta constante de la procedencia de los niños; los infantes, de esta manera, separan la reproducción de la sexualidad y del placer, al contrario que los adultos. A su vez, exhiben comportamientos protosexuales como el cortejo, la exploración sexual, el ensayo de posturas con personas de

su sexo o de distinto sexo prefijadas filogenéticamente y que pueden ir asociadas a las conductas marcadas biológicamente para la reproducción.

Sin embargo, la masturbación, que se inicia con frecuencia en estos primeros años, no es un comportamiento dirigido a la reproducción, sino más bien está orientado a satisfacer el placer. Existe un gran desconocimiento de la masturbación infantil y de su influencia en el desarrollo.

La sexualidad se va adquiriendo a través de los comportamientos iniciales sexuales en los niños y de la observación sociocultural, de cómo se vivencia la sexualidad en su entorno familiar (padres, etc.); de los roles de género que se les van asignando (juguetes, vestidos, etc.); y de los estereotipos creados por la industria audiovisual (videojuegos, películas, etc.).

Desde la educación sexual se plantea el problema de cómo debe educarse a los niños respecto al placer y al desarrollo psicosexual; la familia junto con los educadores debe responsabilizarse de ayudar a afrontar este paso y no limitarse a la explicación científica de la anatomía y de la fisiología del aparato reproductor (López Sánchez, Fernández-Rouco, Carcedo, Kilani, y Blázquez, 2010).

La identidad sexual es parte fundamental de las experiencias del desarrollo psicosexual porque las vivencias experimentadas a través del sexo están asentadas en la identidad. Desde que nacemos, se nos asigna un género en la sociedad con sus sucesivos roles en función de nuestro aparato sexual.

Los niños, desde que son muy pequeños, son capaces de distinguir las diferencias de las personas en función del sexo y de los roles asignados socioculturalmente por el sexo. Por tanto, la identidad es un cómputo entre la unión de la biología, la educación y los valores culturales.

A partir de los dos años, los niños se plantean si son niñas o niños en función de la biología y de los roles socioculturales establecidos, siendo fundamental para comprender la transgeneridad. La identidad de género y la identidad sexual se usan indistintamente, sin embargo, la identidad de género tiene más connotaciones socioculturales y la sexual engloba esta última y tiene también una connotación biológica.

Los niños van adquiriendo esquemas mentales sobre los roles y las diferencias culturales en relación con el sexo, centrándose más en los rasgos y aspectos externos, como

llevar vestido o tener el pelo largo en el caso de las mujeres, que en la diferencia femenina y masculina de los órganos genitales. A los 7 años, los niños tienen clara su identidad sexual y los roles de género que asumen con mayor o menor flexibilidad.

Desde las sociedades tendemos a marcar estas tipificaciones sexuales que hacen que, durante la pubertad, los niños marquen claramente los roles sexuales por género, distanciándose del sexo opuesto; es decir, en la escuela primaria las niñas tienden a interactuar con niñas y los niños con niños. Como recalcamos de la teoría de Perinat (2014), el desarrollo de la sexualidad se produce por una interrelación entre la cultura y la biología.

5.4. Desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia: de los 11/12 años a los 18/20 años

La adolescencia es conocida como la etapa de maduración física y sexual, es un proceso continuo y progresivo, cuya duración puede ser de 7 años. Las transformaciones se producen con relación a cambios biológicos, cognitivos, afectivos y sociales (Moreno, 2014).

El desarrollo y la maduración sexual durante la pubertad no se producen en todos los adolescentes al mismo tiempo; como observamos en las Figuras 3 y 4 de los estadios de Tanner (Tanner, 1962 en Temboursy, 2009). Biológicamente es un proceso progresivo que generalmente se inicia con un año de diferencia entre las chicas y los chicos (Beltrand, y Polak, 2016; Rodríguez, y Moreno, 1985).

Dentro de la diversidad del desarrollo puberal, en ambos sexos se puede presentar una adolescencia precoz o tardía. Hay que señalar que los factores ambientales influyen en este desarrollo; en el último siglo se ha adelantado la edad de la primera menarquia en relación con siglos pasados, atribuyéndolo a las mejoras higiénicas y alimentarias. Se ha observado, por ejemplo, que en los adolescentes que pertenecen a familias con conflictos, como expuso Moreno (2014), se produce una maduración sexual precoz, por ejemplo, precocidad en la primera menarquia.

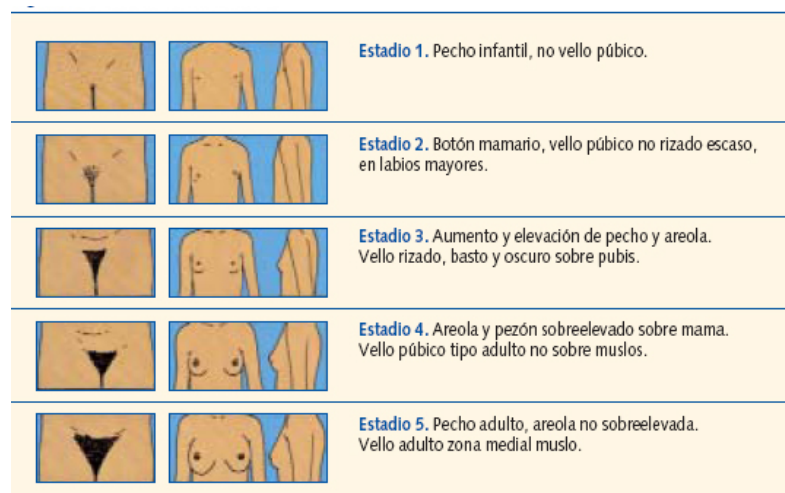


Figura 3. Evaluación de la maduración sexual femenina según la Escala de Tanner (1962).
Fuente: Temborry (2009, p. 131).

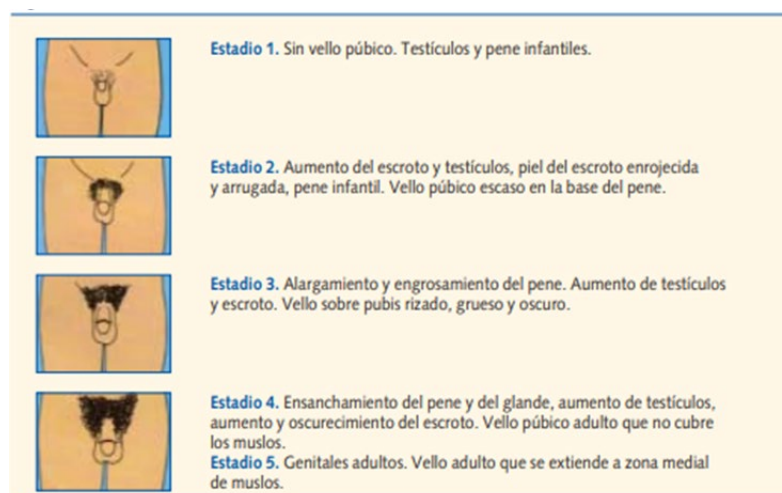


Figura 4. Evaluación de la maduración sexual masculina según la Escala de Tanner (1962).
Fuente: Temborry (2009, p. 131).

A nivel cognitivo, el desarrollo incompleto cerebral y la actividad intensificada de la amígdala se pueden relacionar, a su vez, con comportamientos impulsivos o de riesgo (Carretero, 1985; Moreno, 2014). Como es lógico no podemos justificar las conductas de riesgo en adolescentes solo por causas biológicas, sino que es la suma del conjunto del desarrollo biológico, psicológico y social. Desde una perspectiva social, está claro que el marco cultural incide sobre el desarrollo biológico, por ejemplo, existe un gran desconocimiento de la espermaquia o primera eyaculación que señala la maduración en el aparato sexual masculino. Sin embargo, socialmente la primera menarquia sí ha significado

para las niñas el paso cultural de niña a mujer, pudiendo suponer una gran alegría al avanzar en su desarrollo y/o generar sentimientos de tristeza, al sentir que su niñez se acaba, o de vergüenza (Moreno, 2014).

Como exponen López Fuentejada, y Castro (2007), mitificar la menstruación de la mujer y asociarla a la impureza orgánica lleva a un desarrollo no saludable de la sexualidad.

Desde la educación sexual, el autoconcepto y la autoestima deben tratarse transversalmente durante el desarrollo psicosexual. Los cánones de belleza, impuestos socialmente, afectan a la vivencia de la sexualidad adolescente que busca alcanzar dichos estereotipos para sentirse atractivos sexualmente e interrelacionarse con los demás. No obstante, no alcanzar los ideales de belleza durante la adolescencia incidirá en su forma de relacionarse y puede desencadenar el desarrollo de una baja autoestima y percepción de su autoconcepto que derive en diferentes problemas de salud, como pueden ser los trastornos alimentarios (López Sánchez, 1993, 1995, 1999; López García, 1995).

Durante la adolescencia, la identidad sexual se redefine, los chicos y chicas tienden a reafirmar su identidad y sus diferencias biológicas. Se percibe una mayor predisposición al uso de vocabulario sexista por parte de los chicos.

Desde la educación en sexualidad es muy importante reconocer el sexismo existente para actuar ante ello de una manera efectiva (López Sánchez, y Fuertes, 1989). La sexualidad adolescente, lógicamente, está relacionada con los cambios biológicos sexuales y cognitivos. Debemos puntualizar que alcanzar la maduración sexual y tener la posibilidad de reproducirse no implica que de manera inmediata se inicien las relaciones sexuales.

El desarrollo de la sexualidad adolescente contribuye a generar su identidad sexual, a su deseo autoerótico, a la aparición de las primeras relaciones sexuales, al aumento de las capacidades cognitivas, a la construcción de su autoconcepto y a los cambios que se producen en las relaciones socioafectivas establecidas.

Los adultos no suelen aceptar el cambio de la sexualidad adolescente y la limitan a las relaciones coitales con los sucesivos problemas que implica la iniciación sexual, como es la pérdida de la virginidad cuando son demasiado jóvenes o no es admitida culturalmente, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, etc.

Los adolescentes inician sus comportamientos sexuales con la aparición de fantasías eróticas con la continuación de la masturbación iniciada en la infancia que facilita el

conocimiento sobre sí mismos, con el desarrollo del autoerotismo, con el placer y la liberación de situaciones estresantes, y con las caricias afectivas que permiten relacionarse consigo mismo y con los demás (Moreno, 2014).

Según los datos disponibles en el Informe Juventud en España 2016 (Tejerina, Aldekoa, y García, 2017), el inicio de las relaciones sexuales se estima, aproximadamente en ambos sexos, alrededor de los 17 años, con una mayor precocidad por parte de las chicas. Por otro lado, no usar el preservativo durante las relaciones coitales se considera una conducta de riesgo que es más frecuente en situaciones de abuso de sustancias tóxicas, de maltrato de la pareja, de imprevisión de la relación coital o en las que se use otro método anticonceptivo que no sea de barrera con múltiples parejas (Moreno, 2012).

En relación con este mal uso de los anticonceptivos, según García-Vázquez, Domech, Nascimento, y Agulló-Tomás (2019), los adolescentes y jóvenes continúan siendo la población de riesgo que sufre un mayor número de Infecciones de Transmisión Sexual, embarazos no deseados y abortos con sus correspondientes repercusiones psicológicas y sociales. A su vez, debemos dejar de estigmatizar a los adolescentes que se convierten en padres, porque no significa que su vida haya terminado, sino que su transición a la vida adulta se ha adelantado. Para ello, desde la educación sexual debemos facilitar un desarrollo psicobiológico y sociocultural saludable. Tenemos que explicar las actitudes de riesgo, la existencia de métodos anticonceptivos de barrera, la enseñanza de otras formas de relación sexual sin riesgos como el petting, las estrategias para hacer frente a las presiones sociales y el respeto a la diversidad sexual (diferentes orientaciones sexuales). La adquisición de estos conocimientos aumentará la autoestima y la tolerancia, mejorando la vivencia de la sexualidad. Según Centerwall (1996), los primeros enamoramientos o vivencias del amor son aspectos interesantes de la sexualidad adolescente que les permiten adaptarse a situaciones futuras contribuyendo al desarrollo de su identidad, de su independencia afectiva, de su entorno familiar y del erotismo.

La educación sexual debe orientar al establecimiento saludable de las relaciones de pareja y responder ante diversos comportamientos que no deberían ser tolerados. La vinculación afectiva desempeña un papel fundamental en la sexualidad, como en cualquier otra etapa. La vinculación afectiva interactúa con otro proceso adaptativo de la sexualidad como es el deseo sexual erótico, pudiendo buscarse de manera conjunta para establecer

contactos psicológicos y físicos con otra persona, relacionando el apego con las experiencias sexuales.

Teniendo en cuenta investigaciones relacionadas con el apego de Bowlby (1993), los modelos internos de apego, como el modelo de sí mismo y de los demás, buscan explicar las conexiones de las relaciones sociales y sexuales con la integración, la seguridad, la autoestima y la confianza. De la combinación de los sentimientos generados, según el vínculo afectivo, se establecen diferentes tipos de apego como el seguro, el ansioso, el evitativo y el miedoso. Las personas afrontarán sus relaciones interpersonales según el apego desarrollado como expusieron Gómez-Zapiain, Ortiz, y Eceiza (2016). La percepción de comportamientos sexuales de riesgo se encuentra asociada a las relaciones de apego establecidas y a las capacidades individuales desarrolladas para el control y para la regulación emocional, que a continuación vamos a analizar.

- Los adolescentes que establecen apegos seguros tienen menores comportamientos sexuales de riesgo (utilizan anticonceptivos de protección, menor número de parejas sexuales, etc.) que los inseguros.
- Los adolescentes con apegos evitativos buscan relaciones sexuales desligadas de la afectividad y presentan mayores comportamientos de riesgo y un mayor número de parejas sexuales.
- Los adolescentes con apegos ansiosos presentan deseos sexuales relacionados con la búsqueda de seguridad emocional y de afianzar sus sentimientos, viéndose impulsados a las relaciones sexuales por interés para satisfacer sus necesidades afectivas.
- Los adolescentes con apegos seguros son aquellos que presentan una mayor autoestima, y por lo general, presentan menos comportamientos sexuales de riesgo.

Durante la adolescencia se aumentan las actitudes de riesgo (sexual, afectivo, de abuso de sustancias, etc.) influidas por la presión de grupo. Las figuras de apego se amplían a las amistades, las cuales tendrán una fuerte influencia sobre las conductas de los adolescentes. La adquisición y el mantenimiento de conductas saludables estarán muy vinculadas a las relaciones de apego que se establezcan con la familia y con nuevas figuras, como son los amigos.

En relación con la sexualidad, el contexto sociocultural donde los adolescentes se desarrollan marcará cuáles serán las conductas aceptadas. Las ideas retransmitidas en los medios audiovisuales afectan a su manera de percibir la sexualidad, por los estereotipos impuestos, etc. Las amistades, los compañeros y la familia pueden ejercer influencias positivas o negativas en relación con las vivencias sexuales. Desde el entorno cercano familiar, de amistad y educativo debemos generar una actitud crítica que permita a los adolescentes vivir una sexualidad positiva que limite la influencia de los estereotipos sociales, actúe de manera efectiva ante los sexismos mostrados y favorezca el crecimiento reflexivo de los adolescentes para que desarrollen actitudes responsables y psicológica, biológica y socialmente sanas para formar ciudadanos útiles en la sociedad (Moreno, 2014).

5.5. Desarrollo de la sexualidad durante la juventud: de los 20 a los 35 años

En cuanto al desarrollo biológico, se considera que se ha alcanzado la madurez física en la adolescencia. No obstante, en la etapa juvenil se prosigue con el desarrollo conductual y cognitivo. Además, se alcanza el rendimiento físico máximo, mayor desarrollo muscular y mayor coordinación psicomotora. Se inicia un leve descenso de las capacidades perceptivas visuales y auditivas.

La edad funcional se relaciona con el ejercicio y con los hábitos de vida, por norma general se considera el rango de edad con población más sana. Las tasas más altas de mortalidad en la juventud se asocian a conductas de riesgo y de adicción como el sexo sin protección, accidentes de tráfico, abuso de sustancias tóxicas, etc.

Las conductas de riesgo se relacionan con la metodología educativa, la situación económica y los roles de género asimilados. No obstante, con la adecuada estimulación educativa se alcanza el pensamiento postformal necesario para convertirnos en adultos útiles, críticos y responsables de su sexualidad (Luong, Charles, y Fingerman, 2010).

La etapa de la juventud se caracteriza por la búsqueda de experiencias sexuales y amorosas. El amor puede considerarse una forma de vinculación afectiva con nuevas figuras de apego. A su vez, las relaciones de pareja implican intimidad sexual, afectividad, seguridad emocional, etc.; pero el amor no se considera un sentimiento únicamente ligado explícitamente a las relaciones coitales (Fierro, 2014).

En la actualidad, los solteros están aumentando con respecto a los casados, y, además, cada vez hay más personas que prefieren no tener pareja (Fierro, 2014; Rice, 1997). La elección del estado de soltería y la decisión de no tener hijos se debe a que supone una menor carga emocional, un mayor desarrollo profesional, una mayor libertad sexual y un estilo de vida diferente, añadiendo a esta elección la dificultad para encontrar parejas estables y al desarrollo de la igualdad de oportunidades de género (Papalia, 2005).

Gran parte de la población tiende sobre los 30 años a casarse o a buscar relaciones estables de pareja que contribuyan a la maternidad/paternidad, al apoyo emocional y afectivo, a la búsqueda de intereses y actividades comunes y a la estabilidad personal (Rice, 1997). La predicción del éxito, el mantenimiento y la duración de las parejas se centran en las semejanzas de valores, creencias, origen social y personalidad, más que en diferencias o complementariedades (Rice, 1997; Papalia, 2005; Sanz, Fernández-Hawrylak, y Benito, 2015).

Las relaciones de pareja que solo se basan en la pasión física, tienden a fracasar cuando no se comparten otros intereses más allá de la pasión, como son los intereses intelectuales, morales, etc. El indicador único de pasión vendido en la literatura y en la cinematografía no es referente real de las relaciones de parejas. Debemos tener en cuenta que si una relación de pareja no funciona, el mero hecho de tener hijos no va a cambiar la situación problemática de la pareja e incluso pueden aparecer más conflictos derivados de la crianza que incrementen los problemas conyugales, afectando al desarrollo de los hijos. Las relaciones de pareja se ven influenciadas no solo por la personalidad de cada miembro de la pareja, sino también por las normas socioculturales estipuladas y por las personas que les rodean como padres, amigos, etc. (Fierro, 2014).

Existen distintas formas de relación como pueden ser: solteros/as con o sin hijos, uniones libres, parejas de hecho, separados/as, divorciados/as, segundas nupcias, parejas del mismo sexo, etc. Tenemos que tener en cuenta que las parejas tienden, como mínimo, a casarse una vez en la vida. Se producen cambios en los núcleos familiares de las parejas constituidas en las segundas nupcias, porque pueden incorporarse hijos de relaciones anteriores, suponiendo nuevos conflictos socioafectivos que las familias deben afrontar desde el nuevo núcleo matrimonial.

Durante la etapa adulta emergente, las parejas se replantean sus metas en torno a sus intereses y a la posibilidad de tener descendencia. Las parejas se verán influidas por los ciclos familiares que hayan vivido. Las relaciones de pareja buscan establecer relaciones de intimidad sexual, considerando primordial la comunicación y el respeto por encima de la satisfacción sexual.

En esta etapa, independientemente de la orientación sexual, es en la que hay una mayor actividad y exploración de las relaciones sexuales. El descenso de la fertilidad se produce en ambos sexos con la edad. El número de parejas sexuales no es tan elevado como se presupone y la mayoría practican sus relaciones sexuales con su pareja. El deseo sexual, en los primeros años de matrimonio, tiende a disminuir. En la actualidad, los jóvenes presentan menores deseos sexuales debido al estrés laboral, a los problemas económicos, a la falta de estabilidad, etc. (Fierro, 2014).

Existe un gran desconocimiento de la sexualidad y de la estimulación femenina para llegar al orgasmo, ya que la mayor parte de las terminaciones nerviosas, que permiten alcanzarlo, no se encuentran en la vagina sino en el clítoris. Desde la educación sexual debemos explicar el funcionamiento de la estimulación femenina, evitar conductas de riesgo y fomentar la igualdad de género, ayudando a afrontar de manera ética las diferencias que se producen en relación con los cambios afectivos, familiares y socioculturales (Brenes, 2016).

5.6. Desarrollo de la sexualidad durante la edad adulta a partir de los 35 años

A partir de los 35 años se inicia un declive general que se manifiesta con los signos del envejecimiento, en las variaciones en el aspecto corporal, en el deterioro motor y sensorial y en las adaptaciones cognitivas.

Los trastornos se relacionan con las relaciones desadaptativas afectivamente y con las enfermedades de transmisión sexual, afectando de manera especial a la salud de los adultos.

Durante esta etapa, los adultos se caracterizan por la búsqueda de estabilidad emocional, afectiva, laboral y sexual.

Biológicamente, en relación con el aparato reproductor, se llega al climaterio femenino y masculino (cambios físicos acompañados de variación hormonal), la mujer sufre cambios internos como el descenso de la fertilidad de manera progresiva hasta alcanzar la menopausia, aproximadamente alrededor de los 50 años.

Además, de los cambios biológicos de la menopausia, se producen cambios psicológicos modulados por los factores socioculturales. Este descenso de la fertilidad también se manifiesta biológicamente en el aparato reproductor masculino. La llegada de la menopausia y el descenso hormonal masculino afectan de diferente manera en la vivencia positiva de la sexualidad, relacionándose de manera directa con la vinculación afectiva y con el marco sociocultural (Cuevas, Rico, y Fierro, 2014).

Durante esta etapa permanecen los roles adquiridos en la juventud, como pueden ser el de maternidad/paternidad y se añaden nuevos, como el de abuelos que continuarán durante la vejez.

La sexualidad durante esta etapa es muy amplia y se asocia a las relaciones de pareja, a los hijos, a las relaciones laborales, a las actitudes sexuales adquiridas durante la adolescencia y a la juventud que repercutirán en la salud, en los vínculos afectivos establecidos, etc. (Cuevas et al., 2014; Craig, y Baucum, 2001). La pasión disminuye con el paso del tiempo, pero aumentan la intimidad, el compromiso y la confianza, siendo más importantes que la pasión para mantener una relación duradera; las parejas quieren disfrutar de la pasión y muchas separaciones se deben a problemas emocionales relacionados con la atracción sexual y con el amor romántico. Es normal la pérdida de la novedad y de la frecuencia de relaciones sexuales con el paso del tiempo (Lavee, y Olson, 1993).

5.7. Desarrollo de la sexualidad durante la vejez

La vejez se considera como la etapa de envejecimiento a nivel cognitivo, físico y sensorial, pero esta degeneración paulatina de los sistemas corporales no implica que durante esta edad la sexualidad no exista.

La vejez se ha estereotipado y socioculturalmente se percibe como una etapa negativa, asociada a la vulnerabilidad de enfermar, al deterioro cognitivo, a la lentitud de movimientos y a la incapacidad para mantener relaciones sexuales.

Durante la vejez, la sexualidad continúa, pero debemos tener en cuenta algunos factores que cambian la manera de vivirla, como tener o no pareja sexual disponible, las experiencias sexuales, el tiempo que se lleva con la pareja, las actitudes y las creencias en relación a la sexualidad, el fallecimiento de un miembro de la pareja, las relaciones familiares, la vida en residencias, el sexo de los ancianos, la generación en la que se ha vivido

influenciada por el marco sociocultural, la jubilación y los problemas de salud como las disfunciones sexuales (Fernández, y Montorio, 2014).

La sexualidad de una persona finaliza cuando ella fallece, por tanto, durante esta etapa, los ancianos, como el resto de las personas, necesitan cubrir sus necesidades relacionadas con la sexualidad, como es el manteniendo de las relaciones socioafectivas.

Las personas mayores pueden volver a enamorarse, adquirir nuevos roles y nuevas perspectivas sexuales relacionadas con los avances médicos. Desde la educación sexual debemos acabar con los mitos surgidos en torno a la sexualidad de la vejez, ya que las personas mayores también son sexualmente activas.

Por consiguiente, para mantener una adecuada salud es necesario avalar los cambios que se producen durante la sexualidad en la vejez, normalizándolos, aceptándolos y rompiendo los mitos y estereotipos sexuales que se han asociado al proceso de envejecimiento (López Sánchez, 2012).

CAPÍTULO 2:
SALUD, ACTITUDES Y CONDUCTAS SEXUALES
DURANTE LA VIDA ADULTA

1. INTRODUCCIÓN

En este segundo capítulo estudiaremos la naturaleza de la sexualidad humana desde una perspectiva biopsicosocial. Nuestro objetivo es comprender y analizar la salud, las actitudes y las conductas hacia la sexualidad para facilitar la evaluación de esta investigación. La manera más eficaz de evaluar la salud sexual es a través de dos componentes arraigados a las vivencias de la sexualidad que son las actitudes y conductas que tienen los seres humanos. Actitud se relaciona con los ideales y conducta con las acciones que se llevan a cabo. Vamos a explicar, por tanto, la salud sexual, las actitudes y las conductas involucradas en la vivencia de una sexualidad saludable. Describiremos qué es la actitud hacia la sexualidad, así como sus predisposiciones negativas.

Para valorar la salud sexual, también examinaremos las dimensiones evaluables de la sexualidad a través de las actitudes y de los comportamientos sexuales exhibidos, dimensiones fundamentales para el desarrollo del instrumento de evaluación que se utiliza en esta investigación.

Finalizaremos este capítulo con una sección dedicada a la comprensión de la importancia que tienen las conductas en la sexualidad humana, para lo cual analizaremos los tipos de conductas sexuales (en solitario y con pareja) y sus riesgos biológicos, psicológicos y sociales.

2. SALUD Y SALUD SEXUAL

La salud ha sido definida como ausencia de enfermedad. No obstante, esta definición se encuentra limitada y es reduccionista, porque no incluye aspectos tan importantes como el bienestar psicológico, social o incluso el económico.

Las primeras definiciones reguladas y avaladas mundialmente con las que contamos son las expuestas por la World Health Organization (WHO) / Organización Mundial de la Salud (OMS):

1. *“La salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”* (WHO, 1946, p. 100)¹.

Esta nueva definición supuso un gran cambio a la hora de conceptualizar la salud, e incluso, actualmente sigue siendo la definición en vigor de la OMS, porque no solo evalúa factores biológicos sino también tiene en cuenta los psicosociales. Las limitaciones de esta definición han recaído en la generalidad y simplificación de su conceptualización; en no delimitar el concepto de bienestar físico y sus diferencias asociadas al desarrollo humano; y en el determinismo y la falta de transversalidad entre los conceptos claves que la forman, como los biológicos y los psicosociales. Por consiguiente, este término fue reconceptualizado por la OMS en 1985.

2. *“La salud es la capacidad para realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente”* (OMS, Oficina Europea, 1985).

Esta definición apostilla la de la OMS (1946), delimitando lo que puede significar alcanzar el “completo bienestar”, como un proceso que tiene en cuenta los cambios que se van produciendo. Además, clarifica que la propia persona es la que debe ser capaz de adaptarse y buscar sus propio objetivos y metas en la vida.

En conclusión, la salud es un derecho inherente al ser humano, que está en continuo cambio y que es tanto individual como colectivo. Por ende, este constructo implica tanto la búsqueda de bienestar personal, libertad y adaptación positiva a los cambios como alcanzar los derechos y responsabilidades individuales y sociales. Entre estos derechos y

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

responsabilidades se incluyen la no discriminación, la universalidad, la accesibilidad, la calidad y la aceptabilidad (WHO, 2017a).

Seguidamente recogemos una serie de datos, cifras y derechos de la sociedad actual a tener en cuenta para cumplir los derechos humanos y mejorar nuestro enfoque integral en pro de la salud sexual elaborados por la WHO (2017b) (Tabla 2).

Tabla 2.
Los derechos humanos y la salud guarecidos por la OMS.

-
- La Constitución de la OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”
 - El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.
 - No obstante, unos 100 millones de personas de todo el mundo son empujadas cada año a vivir por debajo del umbral de pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios.
 - Los grupos vulnerables y marginados de las sociedades suelen tener que soportar una proporción excesiva de los problemas sanitarios.
 - Todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición. La no discriminación y la igualdad exigen que los Estados adopten medidas para reformular toda legislación, práctica o política discriminatoria.
 - Debemos promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales.
 - Adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos.
-

Fuente: WHO (2017b).

A continuación, presentamos también un listado de objetivos, derechos y deberes mundiales fundamentados en los Derechos Humanos, que incluyen planes para garantizar la vivencia de una sexualidad saludable. Estos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son los propósitos fijados por 193 países miembros de las Naciones Unidas cuyo fin era mejorar las condiciones de vida del ser humano para 2015 (PNUD, 2015). Estos objetivos fueron reevaluados en 2015 al considerar que todavía faltaban muchos puntos por alcanzar y que era necesario incluir más propósitos, pasando de 8 a 17 (PNUD, 2015). Actualmente, estos 17 propósitos son conocidos como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de Naciones Unidas (NU, 2015) (Tabla 3). Se señalan en **negrita** los más significativos para nuestra investigación.

Tabla 3.
Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
Objetivo 6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.
Objetivo 7: Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
Objetivo 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
Objetivo 9: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países.
Objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
Objetivo 12: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
Objetivo 13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
Objetivo 14: Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
Objetivo 15: Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.
Objetivo 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
Objetivo 17: Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

Fuente: PNUD (2015, p. 15).

Entendiendo el concepto de salud y los ODS, podemos definir y contextualizar el término de salud sexual, fundamental para poder comprender nuestro trabajo.

Al principio su terminología fue asociada con:

- La capacidad para reproducirse y producir descendencia, por lo que las infertilidades y disfunciones sexuales fueron consideradas graves problemas.
- El control de los comportamientos sexuales que garantizasen la reproducción, considerándose patológicos aquellos que se desviaban de las normas sociales.
- La ausencia de Enfermedades de Transmisión Sexual y su control.

La salud sexual se definió desde una perspectiva reduccionista conceptualizándose como la no existencia de patologías sexuales. Sin embargo, este enfoque ha ido evolucionando y cambiando unido a las transformaciones de la terminología del concepto de salud (Cacciatore, Korteniemi-Poikela, y Kaltiala, 2019).

Las primeras definiciones de salud sexual reguladas y avaladas mundialmente son también descritas por los organismos internacionales promotoras de la salud como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y son las que figuran a continuación:

1. *“Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”* (WHO, 1975, p. 6).
2. *“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural racionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”* (OPS, 2000, p. 6).
3. *“Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”* (WHO, 2006, p. 4).

Esta última conceptualización de salud sexual sigue siendo la definición en vigor de la OMS, en la que enfatiza el constructo de sexualidad y su vivencia saludable (WHO, 2019). Además, esta definición no se centra únicamente en la evitación de Enfermedades de

Transmisión Sexual, sino que abarca holísticamente: la comprensión de las experiencias sexuales vividas individualmente y la búsqueda de placer; la importancia de garantizar la libertad, la seguridad y el respeto hacia la sexualidad; y la búsqueda de organismos internacionales que la guarezcan y garanticen el cumplimiento de los derechos sexuales universales.

Como hemos expuesto, los Derechos Sexuales Humanos han ido evolucionando ligados a los propósitos de los Derechos Humanos y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible que deben alcanzarse a nivel mundial para mejorar la salud sexual (Miller, Kismödi, Cottingham, y Gruskin, 2015; Nilsson, Griggs, y Visbeck, 2016). Por consiguiente, estos Derechos Sexuales acordados en el XIII Congreso Mundial de Sexología en 1997 (WAS, 2004), fueron revisados dos años más tarde y aprobados en Hong Kong en el XIV Congreso Mundial de Sexología (WAS, 1999) y en 2008 se plantearon los Derechos de Salud Sexual para el Milenio que serían finalmente revaluados y actualizados en 2014 por el Consejo Consultivo de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) y ratificados ese mismo año por las Naciones Unidas (WAS, 2014) (Tabla 4).

Tabla 4.

Derechos Sexuales de la WAS (2014) ratificados por Naciones Unidas.

-
1. **El derecho a la igualdad y a la no-discriminación.** Toda persona tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales de esta declaración sin distinción alguna de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, lugar de residencia, posición económica, nacimiento, discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual, identidad y expresión de género, estado de salud, situación social y económica o cualquier otra condición.
 2. **El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.** Toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad, estos derechos no pueden ser amenazados, limitados o retirados de forma arbitraria por razones relacionadas con la sexualidad. Estas razones incluyen: orientación sexual, comportamientos y prácticas sexuales consensuales, identidad y expresión de género, o por acceder o proveer servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.
 3. **El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo.** Toda persona tiene el derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad. Esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los demás. La toma de decisiones libres e informadas requiere de consentimiento libre e informado previo a cualquier prueba, intervención, terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad.
 4. **El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes.** Nadie será sometido a torturas, tratos o penas degradantes, crueles e inhumanos relacionados con la sexualidad, incluyendo: prácticas tradicionales dañinas; la esterilización forzada, la anticoncepción o aborto forzados; y otras formas de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes cometidos por motivos relacionados con el sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género y la diversidad corporal de la persona.

5. **El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción** Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia y coerción relacionada con la sexualidad, esto incluye: la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, el bullying, la explotación sexual y la esclavitud, la trata con fines de explotación sexual, las pruebas de virginidad, y la violencia cometida por razón de prácticas sexuales, de orientación sexual, de identidad, de expresión de género y de diversidad corporal reales o percibidas.
6. **El derecho a la privacidad.** Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad, la vida sexual, y las elecciones con respecto a su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitraria. Esto incluye el derecho a controlar la divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la sexualidad.
7. **El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.** Toda persona tiene el derecho de obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar en relación con su sexualidad, que incluye experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponible, accesible y aceptable, así como el acceso a los condicionantes que influyen y determinan la salud, incluyendo la salud sexual.
8. **El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.** Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual.
9. **El derecho a la información.** Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente.
10. **El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.** Toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad. La educación integral de la sexualidad debe ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.
11. **El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.** Toda persona tiene el derecho a elegir casarse o no casarse y a, con libre y pleno consentimiento, contraer matrimonio, mantener una relación de pareja O tener relaciones similares. Todas las personas tienen los mismos derechos en cuanto a contraer matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución de las relaciones, sin discriminación ni exclusión de cualquier tipo. Este derecho incluye la igualdad de acceso a la asistencia social y otros beneficios, independientemente de la forma de dicha relación.
12. **El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.** Toda persona tiene el derecho de decidir tener o no hijos y el número y espaciamiento de los mismos. Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con el embarazo, la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción.
13. **El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión.** Toda persona tiene el derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión sobre la sexualidad y tiene el derecho a expresar su propia sexualidad a través de, por ejemplo, su apariencia, comunicación y comportamiento con el debido respeto al derecho de los demás.
14. **El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.** Toda persona tiene el derecho a organizarse pacíficamente, a asociarse, reunirse, protestar y a defender sus ideas con respecto a la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.

15. El derecho a participar en la vida pública y política. Toda persona tiene el derecho a un ambiente que permita la participación activa, libre y significativa y que contribuya a aspectos civiles, económicos, sociales, culturales, políticos y otros de la vida humana, a niveles locales, nacionales, regionales e internacionales. Especialmente, todas las personas tienen el derecho a participar en el desarrollo y la implementación de políticas que determinen su bienestar, incluyendo su sexualidad y salud sexual.

16. El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización. Toda persona tiene el derecho de acceso a la justicia, a la retribución y a la indemnización por violaciones a sus derechos sexuales. Esto requiere medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo y judicial entre otras. La indemnización incluye el resarcimiento a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y la garantía de que no se repetirá el acto agravante.

Fuente: WHO (2014).

Estos derechos se centran en el respeto de las diferentes orientaciones sexuales, la no discriminación por identidad de género y en la legitimización del acceso igualitario sanitario y educativo enfocado desde una perspectiva integral que incorpora la afectividad (Gruskin, Yadav, Castellanos, Khizanishvili, y Kismödi, 2019). A partir de este análisis, comprendemos que las personas tienen derecho a vivir y a disfrutar de su sexualidad y que dichos derechos universales son el referente por el que se deben guiar los organismos e instituciones mundiales para garantizar el bienestar social.

Entendidos los objetivos y derechos hacia la sexualidad es también muy importante comprender los deberes hacia ella como ciudadanos útiles y críticos de la sociedad. Para ello, es necesario que desarrollemos comportamientos sexuales que respeten los derechos sexuales humanos de los demás y los propios, como se recoge en la lista de deberes elaborada por el Consejo de Educación e Información sobre sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS). Esta lista enumera comportamientos saludables a seguir durante la vida adulta y ratificada por la OMS y la OPS (WHO, 2006; OPS, 2000). Algunos de los comportamientos sexuales saludables incluidos en la Lista de SIECUS sobre Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano (OPS, 2000, p. 12) son: valoración de nuestro cuerpo y el rechazo a los estereotipos marcados; respeto, tolerancia y no discriminación hacia los demás; responsabilidad de los propios actos; búsqueda de información científica hacia la sexualidad; consulta a profesionales cualificados y organismos avalados mundialmente; búsqueda de actitudes positivas hacia la sexualidad propia y de los demás; deber y derecho de ejercer democráticamente la defensa de los Derechos Humanos.

Por consiguiente, se considerará que una persona es sexualmente sana cuando pueda elegir un estilo afectivo sexual que respete sus derechos humanos y los de los demás. Como

expusieron Heras, Lara, y Fernández (2016) una persona con un estado de salud sexual ideal sería aquella que alcance las características que nos indican que está viviendo una sexualidad saludable, y dichas propiedades son las que mostramos sintetizadas en la Tabla 5.

Tabla 5.

Características de una persona con salud sexual.

-
1. Capaz de disfrutar y regular su comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con su código ético.
 2. Sin miedos, culpabilidad, vergüenza, mitos o falsas creencias, u otros factores psicológicos que pueden inhibir su respuesta sexual, así como deteriorar las relaciones con los otros.
 3. Que no presente enfermedades ni deficiencias orgánicas que interfieran con las funciones sexuales y reproductivas.
 4. Respetuosa a las distintas biografías sexuales y a los derechos sexuales, que serán citados posteriormente.
-

Fuente: WHO (2017c, p. 7-8).

Consecuentemente, para abordar la salud sexual debemos comprender holísticamente el término de sexualidad. La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano e incluye tanto el sexo, la reproducción, las identidades de género, la orientación sexual como la afectividad, las relaciones sociales y el placer desde una perspectiva personal y sociocultural (WHO, 2006). El desarrollo sexual humano está ligado a las experiencias de la vida y se exhibe a través de las actitudes, comportamientos, creencias, roles, fantasías y deseos (Cacciatore et al., 2019). Por lo tanto, la sexualidad es un constructo formado por la dimensión biológica, psicológica y social. Además, está muy influenciada por factores políticos, económicos, culturales e históricos (Nardi, 2011; DePalma, y Jennett, 2010; Grozelle, 2017).

Definimos la salud sexual como la experiencia de vivir positivamente la sexualidad, para lo que se requiere de un enfoque beneficioso, saludable y respetuoso. En el contexto internacional, la inversión y la promoción de la salud sexual, la educación sexual y la igualdad de género son cada vez más importantes (UNESCO, 2018). En este sentido, hemos mencionado la importancia de la Asociación Mundial para la Salud Sexual que ratificó en 2014 la Declaración Universal de los Derechos Sexuales. Nos gustaría para cerrar este apartado, enfatizar el derecho a que la información sexual se genere a través de un proceso ético, accesible y difundido integralmente en todos los niveles sociales (Miller et al., 2015).

3. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

El modelo bio-psico-social ha sido de los más aceptados para estudiar y comprender el origen de la sexualidad humana. Algunos de los investigadores que han ratificado este modelo y por los cuales nos vamos a guiar son López Sánchez, y Fuertes (1989); Carroble (1990); López Sánchez (1995); Gómez-Zapiain (2000) y Zapata, y Gutiérrez (2016).

La sexualidad desde la perspectiva de este modelo es definida como el desarrollo bio-psico-social que se produce durante toda nuestra vida y abarca aspectos relacionados con la reproducción, la afectividad y las relaciones sociales (López Sánchez, 1995). También incluye, de manera integral, la motivación sexual, los comportamientos sexuales, el deseo, la búsqueda de placer y su regulación (Nardi, 2011).

Los orígenes de la sexualidad han estado relacionados con la filogenia y el dimorfismo sexual (femenino y masculino), ligados a la historia, la época y la cultura humana. Esta perspectiva configuró la base en la que se estableció la identidad sexual (Cacciatore et al., 2019). La sexuación humana se considera un proceso complicado a nivel biológico, psicológico y social, por el que nos convertimos en seres sexuados; no somos solamente hembras y machos, sino que vamos construyendo nuestra sexualidad en relación con las adaptaciones filogenéticas, la búsqueda de placer, la seguridad, los roles de género y las normas sociales de un marco cultural determinado. Actualmente debemos empezar a comprender la amplia diversidad de identidades de género que existen fuera de esta dicotomía mujer y hombre como género no binario, género no conforming, género fluido o género Queer entre otros (DePalma, y Jennett, 2010; Grozelle, 2017).

La sexuación, a nivel biológico, se produce de manera azarosa por la unión de los cromosomas XX y XY de las células sexuales. Biológicamente, durante el desarrollo prenatal, los procesos de diferenciación no son equitativos por supervivencia y adaptación, en caso de duda, la naturaleza tiende a lo femenino (Gómez-Zapiain, 2000). No obstante, este proceso es más complejo y existen intersexualidades que ponen de manifiesto que no somos puramente hombres o mujeres y que existe una mayor diversidad sexual biológica. Este aspecto está cobrando especial importancia para garantizar los derechos humanos de las personas intersexuales y comprender el amplio abanico de la diversidad sexual (Jorge, Valerio-Pérez, Esteban, y Rivera-Lassen, 2019). Por consiguiente, científicamente cada persona desarrollará su propia sexualidad, corporeidad e identidad de género en relación con

el marco sociocultural establecido en el que deben respetarse sus derechos sexuales y los de los demás (Gómez-Zapiain, 2000).

A pesar de la existencia de esta riqueza de diversidad sexual, a nivel mundial se ha seguido el modelo de congruencia que ha considerado que lo femenino y lo masculino son dicotómicos (Martínez, Barberá, y Pastor, 1988). Además, la sociedad ha establecido y perpetuado el seguimiento de normas culturales que rigen las pautas de convivencia, los estereotipos de belleza, la orientación sexual y las ideologías que enfatizan la existencia y la evolución de roles femeninos y masculinos totalmente separados entre ellos.

Los seres humanos, desde que nacemos, debemos interiorizar y adaptarnos a estas normas para poder integrarnos funcionalmente en las sociedades. Esta separación en función del sexo estereotipa los comportamientos y los cánones de belleza; se espera que una mujer sea delicada, afectiva, sensible, cuidadora, que le gusten y le atraigan las personas del sexo opuesto; en contraposición, se espera que los hombres sean fuertes, no muestren sus sentimientos, que sean agresivos y les gusten y les atraigan las personas del sexo opuesto (López Sánchez, 1995, 2005).

Las sociedades establecen sus propias normas y cuando se producen cambios progresistas suelen ser considerados como desviaciones de los comportamientos sexuales, de los cuales se duda de su integridad y no son aceptados de buen grado hasta que finalmente forman parte de las diferentes maneras éticas de vivir la sexualidad saludablemente. Por tanto, la sexualidad es la forma de vivir la sexuación que depende de la interacción biológica con las expectativas socioculturales y debe ser un proceso flexible que respete la diversidad sexual ética existente y que no dañe a ninguna persona (Gómez-Zapiain, 2000). Vivir una sexualidad ética se refiere al derecho y al deber de respetar los derechos sexuales humanos propios y de los demás.

Como expuso Amezcua (1973), existen tantos “sexos” como personas, haciendo de la sexualidad un proceso único y personal. Algunos de los componentes primarios esenciales, en los que podemos descomponer la sexualidad, pueden ser la motivación sexual, el apego y las actitudes hacia la sexualidad (López Sánchez, y Fuertes, 1989; Carrobbles, 1990).

El origen primario de la motivación sexual se ha asociado a la garantía de perpetuar la supervivencia de la especie, a partir de la reproducción. A medida que ascendemos en la escala filogenética, adquiere más valor la búsqueda de placer y afectividad en las relaciones

sexuales que el mero instinto de tener descendencia (Gómez-Zapiain, 2000; Zapata, y Gutiérrez, 2016).

El deseo sexual está relacionado biológicamente con las experiencias culturales porque los centros hipotalámicos que lo regulan están directamente controlados por el neocórtex. Los comportamientos sexuales derivados del deseo pueden ser autoeróticos o heteroeróticos, pudiendo ser diferentes en función de la orientación sexual de cada individuo (Gómez-Zapiain, 2000). Una forma natural del deseo sexual puede ser la búsqueda libre de la maternidad/paternidad, pero desde la educación sexual debemos proporcionar los recursos adecuados para que las personas voluntariamente lo elijan o no. Sin embargo, debemos tener cuidado de no reducirlo simplemente a la visión cultural marcada por la reproducción a través de las relaciones heterosexuales coitales (López Sánchez, 1995, 2005). Grozelle (2017) y Van Anders (2015) han reclamado la falta de estudio del deseo sexual de las distintas orientaciones sexuales.

El apego es un aspecto intrínseco de la sexualidad que ha garantizado el cuidado de las crías para su supervivencia. Desde la perspectiva de los seres humanos, el apego es innato, nacemos con comportamientos que garantizan el contacto, como la sonrisa o el llanto. La figura de apego es la encargada de proporcionarnos seguridad y refugio para un desarrollo funcional adecuado. A mayor calidad en el apego, mayor desarrollo de la autoestima y de la confiabilidad (Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall, 2015). Esta vinculación afectiva y la seguridad emocional son necesarias para el desarrollo psicológico en las relaciones sexuales, por ejemplo, para desarrollar la autoestima que permita tener una intimidad saludable con la pareja.

El amor y el enamoramiento se diferencia del deseo sexual en que estos dos primeros constructos se fundamentan en la búsqueda de vinculación afectiva y de seguridad emocional que permite la transición de las figuras de apego familiares a nuevas y diferentes figuras como podrían ser, en este caso, la pareja y/o amigos. Por tanto, el amor y el deseo sexual son dos aspectos que pueden estar por separado o juntos (Zapata, y Gutiérrez, 2016). Desde la Educación Sexual debemos actuar especialmente ante los casos en los que la presión social o la falta de figuras de apego evidencian carencias en el desarrollo psicosexual, en las relaciones sexo-afectivas y/o en la búsqueda de parejas (Gómez-Zapiain, 2000).

3.1. Actitud

Según Hendrick, Hendrick, y Reich (2006) las actitudes hacia la sexualidad son las predisposiciones sexuales que se desarrollan a lo largo de la vida influidas por normas socioculturales (Lin, y Lin, 2018). A su vez, se encuentran fundamentadas por las experiencias personales y culturales en las que se incluyen las tendencias o el rechazo a distintas ideologías como el feminismo, el socialismo, el fascismo o el racismo (Moreno, 2014). No obstante, las actitudes hacia la sexualidad son consideradas culturalmente uno de los aspectos más polémicos; y de esta cuestión deriva la importancia de señalar cuáles son las predisposiciones saludables que deben desarrollarse (Balzarini, Shumlich, Kohut, y Campbell, 2020; Moreno, 2012).

Consecuentemente, la actitud se encuentra compuesta por tres rasgos: afectivo, cognitivo y comportamental (Gómez-Zapiain, 2000).

- El afectivo hace referencia a las emociones como reacciones psicofisiológicas que nos permiten adaptarnos al entorno. Por ejemplo, una mujer virgen de etnia gitana, antes de un casamiento, presupone emociones de felicidad y, por el contrario, la pérdida de la virginidad de manera extramatrimonial podrá suponer un rechazo familiar (Sierra, Perla, y Santos, 2010).
- El cognitivo se refiere a la información procesada (contenidos) en un contexto determinado. Por ejemplo, la aceptación de los estereotipos masculinos y femeninos y su adhesión a estos roles de manera automática (Martínez, Vicario-Molina, González, e Ilabaca, 2014).
- El comportamental se refiere a las conductas que se realizan en coherencia con los instintos, la información procesada y las emociones asimiladas durante la socialización. Por ejemplo, las mujeres que se adhieren a las normas de religiones monoteístas como la cristiana y la musulmana no realizan comportamientos coitales hasta después del matrimonio, pero no significa que no tengan otras actitudes y deseos sexuales, solo que en muchos casos no muestran estos comportamientos porque así evitan sentir emociones negativas por el rechazo de sus comunidades religiosas a estas conductas (López Sánchez, 2005).

Las implicaciones personales que tengamos hacia la sexualidad harán que actuemos de una manera determinada, pudiendo ser positivas o negativas para nuestro desarrollo

(Foucault, 1978). Por consiguiente, las actitudes hacia la sexualidad pueden ser erotofílicas o erotofóbicas.

3.1.1. Erotofilia y erotofobia

Las actitudes erotofílicas pueden considerarse como las predisposiciones positivas personales hacia la sexualidad, por el contrario, las erotofóbicas, se consideran el desarrollo de predisposiciones personales negativas hacia estas (Arias, Vásquez, Dueñas, García, y Tejada, 2011; Rye, Serafini, y Bramberger, 2015).

Las intervenciones educativas deben centrarse en evitar las actitudes negativas (erotofóbicas) hacia la sexualidad, como los sentimientos de culpa o la vergüenza sexual a la transgresión de normas culturales que respeten los Derechos Humanos como son el derecho y el respeto a la homosexualidad, a la bisexualidad y a la transgeneridad. Por consiguiente, es fundamental formar educadores en salud que hayan valorado previamente y sean conscientes de sus actitudes erotofílicas y erotofóbicas (Balzarini et al., 2020; Byrne, 1983). De esta manera, si llegamos a conocer las predisposiciones hacia la sexualidad de educadores y de la población, podremos analizar los factores subyacentes a estas disposiciones, y fomentar la creación de estrategias que faciliten la adquisición de actitudes erotofílicas (Moreno, 2014).

3.1.2. Estrategias significativas para desarrollar actitudes erotofílicas

Los educadores deben conocer las variables que influyen en las actitudes del alumnado y a partir de la valoración del origen y de los factores subyacentes, planificar intervenciones que se adapten a las necesidades de la población estudiantil (Martínez et al., 2014).

Las estrategias que busquen generar cambios significativamente positivos en las actitudes hacia la sexualidad, deben tener en cuenta de manera transversal e integral los rasgos cognitivos, afectivos y comportamentales mencionados anteriormente (López Sánchez, 2005). Este cambio, al principio, puede romper el sistema equilibrado entre los tres rasgos de la actitud, pero los educadores tienen la misión de procurar estabilizar y cohesionar las nuevas actitudes sexuales que fomenten la erotofilia (Gómez-Zapiain, 2000).

La educación debe promover las actitudes personales, críticas, reflexivas y éticas para que el alumnado sea capaz de desarrollarse en una sociedad democrática respetando las diferentes formas de vivir la sexualidad de manera saludable y ética (Gómez-Zapiain, Ibaceta, y Pinedo, 1997).

A nivel social, no debemos olvidarnos de las implicaciones que los cambios culturales tienen en la vivencia de la sexualidad. En la actualidad, se han normalizado algunas conductas sexuales éticas que en otros momentos estuvieron prohibidas y condenadas. Además, los gobiernos han legislado leyes a favor de la igualdad y de los derechos de las personas en cuanto a su salud, identidad de género u orientación sexual, normalizando las uniones de personas del mismo sexo y reconociendo sus derechos (Frings, 2018).

Aun así, queda mucho por hacer para garantizar el bienestar afectivo-sexual de las personas, pero este camino elegido es el correcto; por ejemplo, las mujeres están saliendo de las actividades domésticas al mundo laboral y los hombres comparten las tareas del hogar, creando una sociedad más igualitaria (UNESCO, 2018).

Los profesionales de las distintas disciplinas científicas, como la educativa, la sociológica, o la sanitaria, deben recibir una formación cualificada que incluya, de manera integral, perspectivas beneficiosas hacia la sexualidad. Este enfoque facilitará la adquisición eficaz de actitudes sexuales positivas, teniendo en cuenta que vivimos en una sociedad globalizada y que el cambio debe incluir a toda la población (Zapata et al., 2016).

3.2. Actitudes negativas sexistas, heterosexistas y pedofílicas

3.2.1. Sexismo, actitudes sexistas y violencia de género

El sexismo es una combinación de actitudes y comportamientos que promueven el tratamiento diferenciado basado en el género y la adhesión a los roles sexuales. Considerando a las mujeres el grupo inferior en comparación con el de los hombres (Moss-Racusin, Dovidio, Brescoll, Graham, y Handelsman, 2012). El prejuicio sexista está relacionado con el régimen heteropatriarcal impuesto en nuestra sociedad, que hace referencia a las normas políticas y socioeconómicas, que consideran la heterosexualidad masculina como la orientación e identidad de género más válida, mostrando discriminación contra las mujeres y la comunidad LGBTIQ+ (Grozelle, 2017). Teniendo en cuenta esta conceptualización, se evaluará este prejuicio en relación con las teorías psicológicas y sociales.

De acuerdo con la Teoría de la Identidad Social (SIT) de Tajfel, y Turner (1979), el sexismo se basaría en tres supuestos:

1. Las mujeres quieren sentirse bien consigo mismas y se identifican de manera saliente con los roles femeninos.
2. Se sienten vinculadas por sexo y/o género a otras mujeres.
3. Y se comparan con otras mujeres (grupo interno) buscando las similitudes y de manera dicotómica con los hombres (grupo externo).

Además, el concepto de ser mujer es comparado negativamente con el concepto de ser hombre, convirtiendo la identidad de género femenina en un estatus inferior al de ser un varón (Bowleg, 2012). Por lo tanto, las mujeres ejecutarán estrategias de competencia social y creatividad para generar una diferenciación positiva frente a los varones (Frings, 2018). Por ejemplo, las sufragistas o el movimiento “Me too” (Yo también) buscaban y buscan generar alternativas al estatus quo masculino considerándose una estrategia de competencia a través de acciones sociales y protestas (Schmitt, Branscombe, Postmes, y García, 2014). Además, la incertidumbre de lograr la igualdad provoca el desarrollo de estrategias de creatividad social y de compensación, como el establecimiento de pronósticos favorables para las mujeres como se ejemplifica en la siguiente frase: “los hombres son más fuertes, pero las mujeres viven más”.

Relativo a la teoría de la Auto Categorización (SCT) de Turner, Hogg, Oakes, Reicher, y Wetherell (1987), la categoría de mujer podría identificarse en diferentes niveles de abstracción de acuerdo con su perspectiva comparativa y normativa. Sin embargo, la identidad género, según lo declarado por Glick et al. (2000) es producto del aprendizaje de la diferenciación social y normativa basada en el sexo, muy accesible mediante ajuste comparativo (heurístico cognitivo) que ha maximizado las diferencias de las mujeres con los hombres y minimizado estas entre las mujeres. Además, según la Teoría del Sociómetro (Leary, y Downs, 1995), la pertenencia a la identidad de la mujer facilita su autoestima y su adhesión a las normas sociales impuestas para evitar ser valorados negativamente (Blumer, 1986).

Conforme a la teoría de las normas sociales, las personas actúan y/o piensan negativamente influenciadas por las percepciones de otros miembros dentro de su grupo social (Berkowitz, 2003). Las normas sociales prescriptivas y descriptivas guían los

comportamientos grupales (Cialdini, Reno, y Kallgren, 1990; Sherif, 1936). Así, el sexismo podría justificarse en la “creencia en un mundo justo” propuesta por Lerner (1980), en la que todos reciben lo que se merecen. Además, la transmisión de comportamientos negativos, como la violencia de género hacia las mujeres, puede perpetuarse a través de su aprendizaje indirecto basado en la teoría del aprendizaje social de Bandura, Ross y Ross (1961), llegando incluso a justificar el abuso y la violación (Buss, 1989; Buss, y Schmitt, 1993; Oakley, 2016).

Basado en la Teoría de la Dominación Social (SDO) (Sidanius, y Pratto, 2001), la jerarquía dominante legitimada por las organizaciones y los sistemas sociales buscan dominar al resto de la sociedad para mantener su poder. Esta situación hace que el grupo de poder femenino sea una minoría sexual en comparación con el de los hombres (Moscovici, 1988). Las personalidades orientadas a la dominación están relacionadas con comportamientos prejuiciosos (Sibley, y Duckitt, 2008). Las personas que se adhieren a este punto de vista consideran que las mujeres tienen la culpa de la discriminación femenina y su falta de puestos de responsabilidad (Mast, 2002).

Todas estas teorías sociales en las que puede basarse el sexismo están relacionadas con la adhesión a los roles y estereotipos. Por lo tanto, el prejuicio sexista también debe explicarse en relación con los estereotipos de género y las teorías del sexismo. Los estereotipos son ideas preconcebidas que afectan a las creencias y a las evaluaciones hacia otros grupos, interfiriendo en nuestras actitudes y comportamiento hacia ellos (Fiske, Cuddy, Glick, y Xu, 2002). Las atribuciones negativas de estereotipos de género podrían llegar a causar su estigmatización, como es el caso de la discriminación extrema que sufren las trabajadoras sexuales, pero que por el contrario los varones que consumen estos servicios no las padecen. La investigación de Broverman, Vogel, Broverman, Clarkcon, y Rosenkrantz (1970) fue una de las primeras investigaciones en confirmar la existencia de estereotipos de género con respecto a los adjetivos típicos masculinos y femeninos.

Posteriormente, Deaux y La France (1998) investigaron sobre personalidades, profesiones y rasgos físicos estereotipados por sexo, en los que los subtipos de estereotipos de mujeres eran: tradicional, independiente, sexy, profesional, deportista, lesbiana, gorda o feminista. A su vez, Burgess, y Borgida (1999) explicaron que hay dos dimensiones estereotipadas: descriptiva, que categoriza cómo pensamos que son los hombres y las mujeres; y prescriptiva, que expone cómo deben comportarse (normativa). Por consiguiente,

la transgresión de dichas normas puede conllevar a provocar restricciones a nivel social (Fiske, 1998). Además, los varones son valorados en una dimensión instrumental y las mujeres en una expresiva, justificando la existencia de profesiones feminizadas y masculinizadas (Huici, 1984).

Por lo tanto, el prejuicio sexista radica en las actitudes sociales que consideran los estereotipos de género como las normas por las cuales se deben regir las actitudes y comportamientos de las mujeres y de los hombres (Cikara, Eberhardt, y Fiske, 2011; Logel et al., 2009; Shepherd, y Harwood, 2017). Actualmente, no todas las actitudes sexistas son socialmente aceptadas, coincidiendo con las distinciones entre el sexismo antiguo y el moderno, en el que en este último las expresiones son más sutiles y menos reconocidas (Swim, Aikin, Hall, y Hunter, 1995), y lo mismo con la concepción del neosexismo que se refiere a que la discriminación hacia las mujeres es indirecta en lugar de ser directa (Tougas, Brown, Beaton, y Joly, 1995).

Dada la relevancia de la Teoría del Sexismo Ambivalente de Glick, y Fiske (1996) y su adaptación social, vamos a dedicar un espacio a explicarlo. Esta teoría expuso la coexistencia de dos tipos de sexismo: el hostil y el benevolente. El sexismo hostil o tradicional se define desde actitudes negativas hacia la mujer, considerándole el género débil y sumiso al hombre. Se justifica en estereotipos de género en el que la mujer es menos fuerte o inteligente que el hombre, valiéndose de estos prejuicios para justificar sus actitudes negativas hacia las mujeres. Los componentes que cubren el sexismo hostil son:

- Paternalismo dominador: legitimación de la superioridad de los varones como adultos competentes frente a la infantilización de las mujeres, exponiendo que necesitan la ayuda de los hombres.
- Diferencias competitivas de género: consideración de que la mujer no tiene las habilidades para gobernar instituciones y que su labor son la crianza y el cuidado.
- Heterosexualidad: los hombres deben controlar a las mujeres porque son débiles y evitar sus actitudes amorales y que jueguen con su encanto sexual para manipularlos.

Continuando con la teoría de Glick, y Fiske (1996) y las apreciaciones de King et al. (2012), el sexismo benevolente se basa en justificar los estereotipos de las mujeres desde la visión de que necesitan ayuda y ser protegidas. Este sexismo tiene un tono más positivo que

el anterior, pero se fundamenta en los principios del sexismo hostil y justifica los roles en los que se debe encajar a la mujer. Los componentes del sexismo benevolente son:

- Paternalismo protector: visión de la mujer como un ente al que hay que proteger y por el que sentir amor (sexualización de la mujer). La mujer depende del hombre para vivir y es responsable de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos.
- Diferenciación complementaria de género: consideración de que existe una diferencia entre las mujeres y los hombres, exponiendo que las mujeres están para complementar a los hombres, es decir, los hombres trabajan fuera del hogar y las mujeres en casa o los hombres no muestran sus sentimientos, pero las mujeres sí.
- Heterosexualidad: las mujeres necesitan a los varones para que las protejan, las hagan felices y les den estabilidad emocional y sexual.

El prejuicio sexista se justifica en los estereotipos, actitudes y roles preexistentes en la sociedad. Curiosamente, un hombre que presenta actitudes contra el sexismo se valora más positivamente por la sociedad que una mujer que presente estas mismas, porque estas predisposiciones son las esperadas según su género (Drury, y Kaiser, 2014). Otra variable importante son las diferencias y similitudes culturales. En la mayoría de las culturas occidentales y orientales, las mujeres han estado dominadas por la idea de controlar su descendencia y de ahí que la vejez femenina haya sido tan denostada porque se asocia a la infertilidad (Cuddy et al., 2015). Además, las mujeres de etnias, orientaciones e identidades diferentes a la blanca heterosexual tendrán que superar otros prejuicios añadidos, como los racistas, los homofóbicos, los bifóbicos y/o transfóbicos (Liss, Erchull, y Ramsey, 2011). A este colectivo debe añadirse las trabajadoras sexuales que serán estigmatizadas cuando son víctimas de la trata y son los hombres en los que su mayoría consumen sus servicios y no son estereotipados por esta misma acción.

Por tanto, las actitudes sexistas son las diferencias y desigualdades que se crean en torno al sexo y a los roles de género, considerando la existencia de estereotipos por los que se tiene que regir el ser hombre o mujer sin dar ni siquiera visibilidad a la posible existencia de otras predisposiciones que no se estandaricen en el marco de referencia sexual (Liss et al., 2011). Además, son disposiciones que lideran la manera de relacionarse entre los sexos, como si de reglas del comportamiento se tratase llegando a justificar actitudes que no respetan los derechos humanos como la violencia de género (Rudman, Fetterolf, y Sánchez,

2013). La desigualdad de las actitudes sexistas puede ser a través de comportamientos de rechazo o intransigencia hasta sentimientos de protección hacia ellas (Ellemers, 2018). Tanto si se es paternalista como si se presenta oposición, se están legitimando actitudes negativas por género hacia la sexualidad femenina (Logel et al., 2009; Liss et al., 2011). Estas mismas actitudes de discriminación se están dando en otros prejuicios existentes como la homofobia, la transfobia y el racismo (Cikara et al., 2011).

Tabla 6.
Estereotipos de género y de rol sexual.

	MUJERES	HOMBRES
Dominio estereotipado	Dependiente de la comunidad.	Agente de acción.
Comportamientos relevantes	Se encarga del cuidado de los demás.	Se ocupa de las tareas que le benefician individualmente.
Prioridades anticipadas	Familia.	Trabajo.
Percibe calidad	Amabilidad.	Competencia.
Comportamientos negligentes que necesitan mejorar	Buscar sus logros profesionales.	Comprender las emociones.
Conducta sexual	Iniciación más tardía.	Iniciación más temprana.
	Menos parejas sexuales.	Mayor número de parejas sexuales correctamente aceptado socialmente.
	Más pasividad en las relaciones sexuales.	Mayor deseo y menor control de su conducta sexual.
	Más juzgadas por su conducta sexual por hombres y mujeres.	Búsqueda de relaciones sexuales placenteras.
	Más románticas y buscan la afectividad.	Menor búsqueda afectiva en las relaciones sexuales.
	Menos deseo sexual que el varón.	

Fuente de elaboración propia a partir de Rudman, Fetterolf, y Sánchez (2013) y Ellemers (2018).

Otro factor del sexismo extremo es la violencia de género. La ONU en 1995 definió este constructo como: *“todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”* (NU, 1995, p. 48). Como podemos apreciar existe una clara relación entre las actitudes sexistas y la violencia de género en la sociedad. Esta premisa ha sido defendida en numerosas investigaciones como las de Caprioli, y Boyer (2001), Expósito, y Moya (2011) y Oakley

(2016), que a su vez las han relacionado con la existencia de conductas sexistas extremas como la violación y el asesinato a mujeres.

Como hemos desarrollado la vivencia positiva de las actitudes es necesario para alcanzar una sexualidad plena que respete la de los demás. Sin embargo, las actitudes sexistas vulneran los derechos humanos y dificultan la aparición de comportamientos igualitarios por género, al favorecer el poder del género masculino sobre el resto. Sus actuaciones extremas conllevan al abuso, la violencia y la violación que en algunos países siguen siendo justificadas y no penadas por ley. Por tanto, es un apartado fundamental de la educación sexual.

3.2.2. Heterosexismo, homofobia, transfobia y discriminación hacia la diversidad sexual y de género

Las actitudes heterosexistas son una forma de discriminación que implica la existencia de rangos entre las distintas sexualidades, considerando de orden superior la orientación heterosexual y la identidad cisgénero (persona que se identifica con el género que se le asignó al nacer en base a su sexo) sobre el resto de las identidades y orientaciones, estando ligado a actitudes homofóbicas, bifóbicas, transfóbicas y al resto de discriminaciones hacia la Comunidad LGTBIQ+ (Szymanski, y Henrichs-Beck, 2014). La homofobia se puede definir como las actitudes y/o comportamientos negativos hacia las personas que se sienten atraídas por personas del mismo sexo. La bifobia como las actitudes y/o comportamientos negativos hacia las personas que se sienten atraídas por personas del sexo masculino y femenino (Van Anders, 2015). La transfobia, en su caso, puede ser entendida como las actitudes y/o comportamientos negativos hacia la identidad transgénero. La identidad de género trans se refiere a los individuos que no se identifican con el género que se le asignó al nacer en base a su sexo (Grozelle, 2017).

El concepto de transgénero puede entenderse como la identidad vivencial en relación a la concepción y a su expresión corporal, rechazando la diferencia sexual como la matriz que determina los roles de género explicando sus subjetividades (Galupo, Davis, Gryniewicz, y Mitchell, 2014). Actualmente, la terminología más adecuada para referirse a las personas transgénero es mujer trans, hombre trans o persona trans, y en la mayoría de los casos, a no ser que sea una persona trans no binarie o de otra identidad de género, debemos

referirnos simplemente como lo que son, mujeres y hombres. El lenguaje es importante porque es a través del cual se transfiere la cultura, así que ante cualquier duda sobre como dirigirse a un individuo, debemos respetar el nombre y pronombre que la persona proporcione, si no lo sabemos, preguntaremos, y si nos equivocamos pediremos perdón y rectificaremos el error. Tampoco debemos preguntar a las personas trans por sus genitales, por el nombre que tenían antes, por las operaciones, el uso de hormonas y/o sus relaciones sexuales; debemos respetar sus derechos sexuales humanos (Bouman et al., 2017; Goldberg, Beemyn, y Smith, 2019).

En todos estos casos, estas predisposiciones y conductas pueden llegar incluso a justificar conductas discriminatorias, violencia y asesinatos. Desde la homofobia, bifobia y/o transfobia, la homosexualidad, la bisexualidad o la identidad de género trans se han considerado orientaciones e identidades incompletas y en peores circunstancias se han considerado patológicas (Hatzenbuehler, 2009).

Este tipo de discriminación ha provocado y sigue provocando en los individuos de la Comunidad LGTBQ+ una interiorización de su estigma que les obliga a vivir con estas ideas preconcebidas y a tener que luchar en contra de estos prejuicios, lo que puede causar graves consecuencias en su bienestar físico y mental como la depresión y el suicidio (Wei, McGrath, Hayden, y Kutcher, 2015). Otro obstáculo para reducir este prejuicio se encuentra en la falta de defensa social de las diferentes orientaciones e identidades de género a nivel mundial.

A continuación, vamos a explicar la teoría de la homofobia, la bifobia y la transfobia desde la existencia de dos tipos de comportamientos que son el manifiesto y el sutil (Schmitt, Branscombe, Postmes, y Garcia, 2014; Newcomb, y Mustanski, 2010). La homofobia manifiesta se considera un rechazo hostil marcado por actitudes y conductas negativas expresadas hacia la homosexualidad y los homosexuales. La homofobia sutil, por el contrario, es una manera indirecta de infravalorar la homosexualidad. Estas mismas teorías son explicadas en la bifobia y en la transfobia, existiendo también la manifiesta o directa y la sutil o indirecta (Kattari, O'Connor, y Kattari, 2017). Las predisposiciones sutiles son las actitudes y conductas más presentes en la actualidad y más complejas de erradicar por su dificultad de detección al fingir actitudes positivas que no se tienen hacia las personas de identidades y orientaciones sexuales de la Comunidad LGTBQ+ (Hunter, 2015).

A su vez, la falta de respeto a la diversidad de identidades de género y de orientaciones sexuales es visible en la sociedad, provocando sentimientos de opresión y vulnerabilidad en este colectivo que no sigue las normas heteronormativas, atentando en contra de sus derechos humanos y ocasionándoles problemas en el disfrute libre y saludable de su sexualidad (Mustanski, Garofalo, y Emerson, 2010). Las minorías sexuales a menudo han visto violados sus derechos sexuales. Su sexualidad ha sido expuesta injustamente desde una forma teórica estereotipada, invisibilizada y patologizada porque ha sido conceptualizada en favor de este régimen que regula las relaciones sexuales y afectivas de la sociedad (Haldeman, 2002; Joel, Tarrasch, Berman, Mukamel, y Ziv, 2014). Por tanto, heteronormativo se refiere al régimen político y socioeconómico impuesto por el patriarcado sexual que influye tanto en las esferas públicas y privadas como en las actitudes y comportamientos sexuales, que consideran la heterosexualidad, el sexo asignado al nacer y sus roles socialmente impuestos, como la única identidad sexual que debería existir (Galupo et al., 2014).

En este sentido, cualquier orientación sexual (atracción emocional, romántica o sexual que una persona siente hacia otra) e identidad de género (género con el que la persona se identifica psicológicamente y se autodetermina a sí misma) que viole las normas socioculturales impuestas es discriminada, perseguida y castigada a nivel comunitario (Joel et al., 2014; Van Anders, 2015). La comunidad LGBTQ+ ha surgido como la asociación para garantizar la visualización y el respeto de los derechos de este colectivo a vivir una sexualidad saludable (Taylor, Dockendorff, e Inselman, 2018).

Un hito muy relevante en la legislatura española para el respeto al derecho a las personas trans es la Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales, que tiene como objetivo garantizar que las personas puedan realizar una rectificación registral del sexo, cambiar su nombre de pila y el acceso a tratamientos integrales hormonales e intervenciones parciales y totales en los que se pueden incluir cambios en su genitalidad, sin necesidad de requerir autorizaciones judiciales totalmente a cargo del Estado Nacional Español.

Considerando las ideas fundamentales en las que se basan los prejuicios, la discriminación contra las personas trans tiene sus raíces en la justificación de la heteronormatividad binaria (Grozelle, 2017). Por tanto, las personas trans, travestis y

disconformes rompen con la concepción tradicional del género binario dominante y se exponen sistemática e injustamente a exclusiones, represiones y otras prácticas de acoso personal, institucional y social (Joel et al., 2014). En los últimos años han surgido movimientos a favor de los derechos humanos de las personas trans y de marcado carácter político que están colocando las demandas legislativas del colectivo LGTBIQ+ en la política y en la elaboración de las leyes vigentes (Van Anders, 2015).

Por otro lado, la investigación de los factores explicativos del prejuicio hacia las personas trans, no binarias e intersexuales es incipiente y escasa y por ello no existen muchas propuestas consensuadas para medir las actitudes negativas hacia este grupo. Esta situación se relaciona con un marco conceptual mal definido para comprender el odio que se ha dirigido hacia esta comunidad (Grozelle, 2017). El instrumento más ampliamente reconocido en la actualidad para evaluar este constructo es posiblemente la Escala de Ideología de Género y Transfobia (GTS) propuesta por Hill, y Willoughby (2005). Esta escala consta de 32 ítems que evalúan el rechazo emocional, la violencia, el acoso y la discriminación hacia las personas trans, es decir, la transfobia y el acoso de género en poblaciones universitarias. Esta escala se correlaciona fuerte y positivamente con medidas de homofobia, autoritarismo de derechas, fundamentalismos religiosos, sexismo, propensión a la agresión y aceptación del mito de la violación. Sin embargo, la limitación de este instrumento es que no se realizaron pruebas de validez discriminante y la falta de procedimientos analíticos factoriales (Hill, y Willoughby, 2005).

Winter, Webster, y Cheung (2008) también evaluaron este constructo de manera transcultural en siete países, pero su limitación es que se centraron especialmente en las predisposiciones hacia las mujeres trans en estudiantes universitarios, sin incluir al resto de las identidades trans. Otros estudios en Suecia, como los de Landén, e Innala (2000), analizaron las opiniones sobre este grupo, centrándose en la reasignación de sexo y los derechos de este colectivo. La limitación de esta investigación fue que no se construyó un instrumento integrado, debido a que los constructos fueron evaluados por separado sin poder hacer atribuciones causales. En América Latina, Rottenbacher (2012) creó una escala que relacionaba la ideología política con la homofobia y la transfobia, pero es una escala más enfocada a evaluar los prejuicios hacia las diversidades sexuales que hacia la comunidad trans. En general, en estos estudios, las personas con actitudes más desfavorables hacia las

personas transgénero tendían a ser más hombres que mujeres; heterosexuales más que gais y lesbianas; adultos; de nivel socioeconómico más bajo, y con altos niveles de religiosidad. Estos hallazgos podrían respaldar el indicador de que estas actitudes negativas hacia las personas trans se basan en prejuicios grupales (Harbaugh, y Lindsey, 2015).

Como hemos explicado, la investigación cognitiva de este constructo puede contribuir a la comprensión y explicación del mantenimiento del daño hacia las personas trans. Para ello, es necesario desarrollar instrumentos psicométricos que midan adecuadamente las predisposiciones negativas hacia las personas trans, así como su relación con las variables sociales, sociodemográficas y políticas de la población.

El auge de la transfobia desde grupos conservadores del feminismo radical o también mejor conocido como el movimiento TERF (acrónimo originario del término en inglés de «Trans-Exclusionary Radical Feminist») está vulnerando claramente los derechos humanos de este colectivo. No obstante, la riqueza de diversidad sexual existente, manifestada a través de la variedad de orientaciones sexuales e identidades de género, está ayudando a limitar la dicotomía de los roles sexuales, y, por consiguiente, contribuye al feminismo (Haley, Tordoff, Kantor, Crouch, y Ahrens, 2019). Para finalizar este apartado, queremos recoger las palabras de Elsa Ruiz (cómica, ilustradora y activista trans) en uno de sus monólogos: *“cada persona trans es un mundo y cada transición es un traje a medida de cada individuo que la está realizando”*.

3.2.3. Actitudes y conductas inapropiadas hacia los menores

El abuso sexual de menores comprende todos los actos inapropiados sexualmente que se realicen a este colectivo vulnerable (Stiernströmer, Väfors, Mellgren, y Khoshnood, 2020). Para erradicar estas actitudes es necesaria una implicación conjunta de los organismos estatales para denunciar, prevenir y dar soporte adecuado ante estos casos de maltrato sexual (Jespersen, Lalumière, y Seto, 2009). No obstante, los agresores se valen de estrategias de extorsión y poder para mantener silenciados a los menores de los que abusan. Por tanto, la sociedad tiene la responsabilidad de hacer valer los derechos humanos de los menores, porque son de los colectivos poblacionales más desvalidos junto a las personas con diversidad funcional (Cutajar et al., 2010). A pesar de la relevancia de este apartado no ahondaremos más, debido a que se aleja de los objetivos de nuestro estudio.

4. CONDUCTAS SEXUALES

Como hemos expuesto, el rasgo comportamental de la actitud es la conducta. Por tanto, la conducta sexual es la acción que se lleva a cabo en función de la evaluación cognitiva y afectiva de las situaciones (Carrobbles, 1990; Hubert, Bajos, y Sandfort, 2020). Consecuentemente, los comportamientos nos van a permitir valorar las actitudes realistas hacia la sexualidad de los individuos (Gagnon, y Simon, 2017). Este hecho no significa que para cambiar un comportamiento negativo tengamos que centrarnos únicamente en las conductas y dejemos a un lado las actitudes, sino que es necesario abordar este proceso de manera integral (López, Fernández-Rouco, Carcedo, Kilani, y Blázquez, 2010).

Por otro lado, para valorar este constructo se han realizado investigaciones como las de Kar, Choudhury, y Singh (2015); Corona, y Funes (2015); Lancaster (2017); o Kail, y Cavanaugh, (2018) que han observado y evaluado los comportamientos sexuales de los diferentes grupos sociales teniendo en cuenta las variables edad, sexo, género y otras variables sociodemográficas. Entre los más estudiados en relación con las conductas sexuales se encuentran los adolescentes y los jóvenes, debido a que los inicios de los comportamientos sexuales relacionados con el coito se producen durante esta etapa (Gagnon, y Simon, 2017).

Las creencias científicas de las tres décadas pasadas han considerado a los adolescentes el grupo más vulnerable e influenciado en la adquisición de actitudes y conductas negativas hacia la sexualidad (Kar et al., 2015). No obstante, las investigaciones actuales han reconsiderado este enfoque, puesto que todos los grupos son vulnerables y necesitan educación sexual en todas las etapas de la vida (Lancaster, 2017). Sin embargo, es primordial empezar en las etapas de desarrollo más tempranas y continuar en todas las demás. En los primeros años de vida la adquisición de actitudes y conductas sexuales positivas se encuentra facilitada por el aprendizaje continuo a la vez que se está produciendo el desarrollo psicobiológico propio de este período (Corona, y Funes, 2015). Además, durante esta etapa se están creando las actitudes y conductas sexuales que se realizarán en la adolescencia y en la juventud. Pedagógicamente, deberíamos educar en una sociedad inclusiva que se adapte a los distintos marcos de referencia de los individuos y que respete los Derechos Sexuales Humanos (Forrest, 2018). Por tanto, para cambiar la conducta sexual es fundamental la educación y la transición hacia unas actitudes que garanticen la vivencia de una sexualidad

saludable, que debería ser transmitida integralmente en la familia y avalada por el centro educativo, los gobiernos y los organismos internacionales (Kail, y Cavanaugh, 2018).

Múltiples investigaciones (Barros et al., 2001; Cohen et al., 2016; Gao et al., 2016), se han centrado en el mantenimiento de la salud sexual y más concretamente en evitar el contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), con especial incidencia en la temida enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en su último estadio. Esta enfermedad crea graves consecuencias en el bienestar social, emocional y físico que puede acabar en muerte, creando un fuerte estigma social asociado a grupos vulnerables como los toxicómanos, los homosexuales y las personas del sector de la prostitución (Gao et al., 2016).

A su vez, los movimientos que buscan la no discriminación y la promoción de la igualdad sexual, respaldados en los Derechos Sexuales Humanos como el movimiento “Me Too” y la comunidad LGTBIQ+, han empujado la investigación de los mecanismos biológicos y psicológicos que regulan las conductas sexuales desde una perspectiva ética centrada en la mejora del bienestar sexual y social (López Sánchez et al., 2010; Brown, 2019).

Las experiencias sexuales en las distintas etapas de la vida son otros factores a tener en cuenta en la evaluación de actitudes y comportamientos (Kaufman et al., 2020; Moreno, Canelón, y Becerra, 2006). Los niveles de experiencia sexual de Schofield (1977) es uno de los criterios más utilizados para evaluar científicamente la experiencia sexual a través de la evaluación de las conductas individuales. Se dividen en cinco niveles:

- Nivel 1: Sin experiencia sexual.
- Nivel 2: Experiencia limitada de besos y caricias.
- Nivel 3: Petting o experiencia sexual de todo tipo sin incluir el coito.
- Nivel 4: Coito con una pareja.
- Nivel 5: Coito con varias parejas.

Claramente no todo el mundo alcanza todas estas etapas ni tiene el mismo nivel de experiencia sexual durante su vida adulta (Walker, 2014). Otros autores como Gómez-Zapiain, Ortiz, y Eceiza (2016) prefieren resumir en tres estos niveles de Schofield (1977):

- Nivel 1: Sin relaciones sexuales.
- Nivel 2: Relaciones sexuales de todo tipo sin incluir el coito.
- Nivel 3: Relaciones sexuales coitales.

4.1. Conductas sexuales en solitario

La conducta sexual en solitario se centra en la autosatisfacción sexual, que puede ir desde la estimulación a través de fantasías sexuales y el visionado de películas eróticas hasta la autoestimulación genital conocida como la masturbación (Sierra, Perla, y Gutiérrez-Quintanilla, 2011).

Las fantasías sexuales y el visionado de películas eróticas no son estrictamente una práctica sexual, pero sí que pueden considerarse como mecanismos psicológicos de búsqueda de la autoexcitación en solitario (Gómez-Zapiain, 2000). La aparición y el interés por materiales autoeróticos suele empezar en la pubertad y se mantiene durante toda la vida hasta la muerte (López Sánchez, y Fuertes, 1994).

La masturbación ha estado adscrita a lo que se determinaba y transmitía en función de la ideología y la moralidad religiosa y social relacionadas con la época histórica. Las reglas de la autosatisfacción conductual genital han sido más restrictivas para el sexo femenino que para el masculino. Investigaciones prestigiosas como el metaanálisis de Chivers, Seto, Lalumière, Laan, y Grimbos (2010) han recopilado y contrastado diferentes estudios en los que se evidencia que las diferencias de autoexcitación sexual y masturbación entre sexos están asociadas principalmente con un aprendizaje vicario (aprendizaje social). Por ejemplo, en este estudio exponen que los varones conocen mejor sus genitales y que se excitan con estímulos más simples que las mujeres. Por el contrario, las mujeres tienden a no hablar de la masturbación y son más desconocedoras de sus genitales, aunque cuando aprenden y conocen la estimulación del clítoris consideran esta práctica como la más satisfactoria del acto sexual. Otro aspecto que se recalcó en este estudio es que la sexualidad femenina podría haber sido fácilmente controlable por normas socioculturales impuestas, porque al contrario que la excitación del varón, no puede ser percibida a simple vista.

Los medios de comunicación se encuentran adaptados comercialmente a la satisfacción sexual de los varones heterosexuales. Las imágenes que se diseñan de abrazos y besos con poca ropa suelen excitar a los varones y, sin embargo, a las mujeres no les produce excitación porque no se adaptan a las reglas sociales que han aprendido (Boies, 2002).

Las películas amorosas y eróticas contienen estímulos más complejos y relacionados con las emociones, excitando más a las mujeres que a los varones; al revés sucede con el contenido puramente pornográfico, de aquí que se crea fuertemente en el aprendizaje social

por sexo. A medida que se reducen las influencias de los roles sexuales y se generan comportamientos erotofílicos feministas, se tiende a cambiar los estímulos que son condicionantes de la excitación (Miller, Kinnally, Maleche, y Booker, 2017). En otros estudios como los de Waite, Laumann, Das, y Schumm (2009) se confirmaron estos datos, añadiendo que los varones suelen presentar conductas más erotofílicas que las mujeres y un mayor deseo sexual de autosatisfacción.

Por consiguiente, la Educación Sexual explica y desmitifica la masturbación como vía alternativa para generar conductas erotofílicas. De esta manera, durante la pubertad los adolescentes pueden llegar a comprender corporalmente su propio funcionamiento sexual e incluso pueden retrasarse en la iniciación sexual y disminuir los comportamientos de riesgo al elegir la masturbación como práctica de estimulación genital (Hirst, 2013). A su vez, la normalización de la masturbación durante la vida adulta conllevará a un mayor bienestar sexual, mental y biológico y a una reducción de las conductas de riesgo hacia uno mismo y hacia los demás (Waite et al., 2009).

En relación con la comunidad LGTBQI+, se puede apreciar que las conductas sexuales autoeróticas han tendido a pasar desapercibidas o han sido estudiadas desde las conductas heterosexuales (Van Anders, 2015). Además, el estereotipo que ha asociado el VIH con este colectivo ha hecho que se haya invisibilizado la investigación de las interacciones entre las personas de las distintas identidades de género y orientaciones sexuales (Lance, 1987). Claramente la masturbación entre las parejas del mismo sexo es fundamental para la satisfacción sexual individual y en pareja (Grozelle, 2017). En el caso de las parejas lesbianas la masturbación es un aspecto importante de su estimulación genital y es el medio por el que pueden experimentar el orgasmo conjunto, recordando que en las mujeres principalmente se produce mediante la estimulación del clítoris. Esto legitima las relaciones lésbicas y limita la idea preconcebida de las sociedades heteropatriarcales en las que solo se considera la existencia de satisfacción sexual a través de la penetración (Goldey, Posh, Bell, y Van Anders, 2016).

Otro colectivo discriminado en las conductas sexuales en solitario son las personas con diversidades funcionales físicas y mentales, porque en ciertas ocasiones son dependientes de otras personas para ejercer sus derechos sexuales y realizar conductas erotofílicas a sí

mismos. En esta sección nos queda mucho camino por aprender para conseguir implantar adaptaciones inclusivas que mejoren el bienestar sexual en la discapacidad (Vehmas, 2019).

Otro tema controvertido sobre las conductas sexuales en solitario es el uso o no de la pornografía. El aumento del consumo y su accesibilidad está cambiando el comportamiento sexual en solitario y de las parejas al normalizar las relaciones sexuales que se visionan en la pornografía con las prácticas que imitan en sus actos sexuales. Sin embargo, la mayor parte de la pornografía está dirigida a la búsqueda de la satisfacción de las fantasías masculinas al ser el público que más la consume (Olmstead, Negash, Pasley, y Fincham, 2013). Debido a la facilidad en el acceso y a las consecuencias derivadas de un mal uso deberíamos educar a los jóvenes en un uso responsable de este material, respetando siempre los derechos sexuales como se expone en el estudio de Štulhofer, Buško, y Landripet (2010).

Por otra parte, la pornografía es intolerable cuando moviliza movimientos que van en contra de los derechos humanos y que deben estar totalmente penalizados por la ley cuando se trata de pornografía infantil, de mafias de prostitución y del tráfico de personas humanas (Olmstead et al., 2013; Štulhofer et al., 2010).

La masturbación y las fantasías sexuales son la manera de iniciarse en las relaciones coitales y conllevan un aprendizaje sexual que se irá desarrollando a lo largo de la vida y que permitirá anticipar y prepararse para comportamientos y acciones sexuales futuras (Miller et al., 2017). El aprendizaje erotofílico que respete los derechos humanos es el avalado desde la Educación Sexual pues permite aliviar las tensiones sexuales y evitar comportamientos inadecuados. El fomento de las actitudes positivas hacia la sexualidad debe iniciarse comprendiendo las conductas en solitario (Vehmas, 2019).

En consecuencia, las actitudes que se han desarrollado hacia la masturbación han ido cambiando a lo largo de la historia, y pueden ser resumidas en actitudes positivas y negativas hacia la sexualidad:

Actitudes positivas hacia la sexualidad (Sierra et al., 2010; Sierra et al., 2011):

- En los últimos estudios europeos se ha apreciado una mayor libertad al comprender la masturbación como un acto natural de satisfacción personal.
- El empoderamiento femenino ha resaltado la importancia de la masturbación como el método más satisfactorio de estimulación genital y su visualización como práctica natural que pueden realizar las mujeres libremente.

- La educación integral, sexual y afectiva ha incrementado la visión positiva de la masturbación al permitir que las personas aprendan sexualmente sobre su estimulación sexual y placer, a un retraso de las relaciones coitales en la adolescencia y al desarrollo de prácticas más saludables en su vida adulta.

Actitudes negativas hacia la sexualidad (Madanikia, Bartholomew, y Cytrynbaum, 2013):

- Socialmente se han avalado ideas que exponen que la masturbación es perjudicial física y emocionalmente para las mujeres y los hombres. Por ejemplo, para la moral judío-cristina, la masturbación ha sido enseñada como un acto moral negativo hacia Dios. Además, esta conducta ha llegado a ser considerada un pecado (culpabilidad sexual) y se ha asociado a enfermedades. Otras culturas, como en la sociedad china han ratificado estas ideas equivocadas.
- La masturbación se ha considerado que no es una práctica natural porque su objetivo es la satisfacción sexual y no la reproducción humana, debido al centralismo existente con el coito y la supervivencia de las especies.
- Los medios de comunicación han contribuido a estas perspectivas, mostrando la masturbación desde un aspecto negativo asociándolo injustamente a la soledad y a la depravación.

4.2. Conductas sexuales con los otros

Como llevamos exponiendo, las conductas sexuales son fruto de un proceso madurativo y de aprendizaje que se inicia nada más nacer. Los vínculos de apego que se crean durante la infancia y que se desarrollan a lo largo de la vida afectarán en la manera en que nos relacionamos con los demás y, por tanto, en nuestras conductas sexuales (Ainsworth et al., 2015). Otro aspecto sexual fundamental es el marco sociocultural al que estemos adheridos. Por ejemplo, en ciertos países la homosexualidad es un delito y es duramente castigada al igual que las relaciones extramatrimoniales (Pérez, 2008).

El primer aspecto que se estudia en relación con este tema es el periodo de iniciación sexual que se presupone en la adolescencia y en la juventud (Gómez-Zapiain, 2000; López Sánchez, 2005). El control de este acontecimiento desde aspectos biológicos se considera muy importante sobre todo para la prevención de embarazos no deseados e ITS (Kar et al.,

2015; Kail, y Cavanaugh, 2018). Actualmente, se considera que la iniciación sexual se realiza con mayor prontitud si lo comparamos con la década anterior (Corona, y Funes, 2015; Lancaster, 2017). No obstante, el mayor problema derivado de la iniciación precoz es que no se tiene la madurez suficiente para manejar las responsabilidades y emociones implicadas en este proceso (Kohler, Manhart, y Lafferty, 2008). Los períodos de iniciación sexual varían según la cultura y el sexo entre los 14 y los 19 años, por ejemplo, en diferentes estudios nacionales e internacionales podemos apreciar las disparidades respecto a este tema.

En el estudio de de-Sanjosed et al. (2008), la edad media de la primera relación coital se estableció a una edad tardía de 20,9 años en las mujeres.

En el estudio de Sandfort, Orr, Hirsch, y Santelli (2008), la edad media fue de 17,2 años para los hombres y 18,5 años para las mujeres. Además, en este estudio se estableció una correlación positiva entre las personas que tuvieron relaciones sexuales a edades más tempranas con un mayor riesgo a padecer enfermedades sexuales durante su vida. Otros datos obtenidos han sido que un mayor porcentaje de las mujeres frente a los varones esperó a tener relaciones coitales hasta el matrimonio y que existió una ligera diferencia étnica, considerándose que el inicio sexual fue precoz en la población negra.

En el estudio de Kastbom, Sydsjö, Bladh, Priebe, y Svedin, (2015), la edad media fue de 15,5 años para los hombres y 15,3 años para las mujeres, asociando también las relaciones tempranas con mayores conductas de riesgo en el futuro y con entornos familiares más disruptivos. En cuanto a la diferencia entre la iniciación sexual entre las niñas y los niños se consideró que no existían diferencias significativas.

En España desde 2009 se ha producido un estancamiento en su investigación a nivel nacional. Por ejemplo, la validación de las encuestas nacionales de salud sexual y del Instituto de la Juventud de España (INJUVE) no se han realizado desde el año 2008 y 2009 respectivamente y la última encuesta de salud y hábitos sexuales realizada por el Instituto Nacional de Estadística fue en 2003 (INE, 2003). No obstante, la edad media de iniciación sexual estimada en 2019 para varones y mujeres según el INJUV E (2019) estaba entre los 17 y 18 años para ambos sexos y según el INJUVE (2017) para los varones era de 16,5 años y para las mujeres 17,2 años.

La mayoría de los estudios mencionados coincidieron en que retrasar las relaciones sexuales en varones y mujeres hasta después de los 16 años se asociará con una mayor

madurez sexual y, por tanto, una reducción de los comportamientos de riesgo en sus relaciones sexuales futuras y un incremento en su bienestar sexual (Lara, y Abdo, 2016).

Por otro lado, a continuación, vamos a analizar las conductas de los adultos a partir de los tres niveles de experiencia sexual de Gómez-Zapiain, Ortiz, y Eceiza (2016).

- Nivel 1: Sin relaciones sexuales. Se presupone que son las personas que no han tenido ninguna experiencia conductual sexual más allá del apego social de las relaciones humanas definido en la teoría del apego de Bowlby (1993) (Beyens, Frison, y Eggermont, 2016; Lee, Nazroo, O'Connor, Blake, y Pendleton, 2016; Teicher, y Samson, 2016).
- Nivel 2: Relaciones sexuales de todo tipo sin incluir el coito. Se hace referencia a los primeros comportamientos sexuales que van desde los primeros besos y caricias en la zona genital por encima de la ropa hasta la masturbación conjunta. Estos comportamientos se inician en la adolescencia y se van normalizando con el aprendizaje sexual en el resto de las etapas (Cannoni, González, Conejero, Merino, y Schulin, 2015). El aprendizaje de este comportamiento, como hemos mencionado, es una parte muy importante de la conducta sexual en solitario y se considera la iniciación de comportamientos sexuales y afectivos hacia la pareja (Vehmas, 2019). Como hemos comentado en el Capítulo 1, estas prácticas podrían conllevar al despertar del sentimiento de enamoramiento o incluso al amor hacia otras figuras de apego (López Sánchez, 2005). Sin embargo, estas conductas también están relacionadas con el aprendizaje de conductas erotófilas, la autoexploración corporal y la búsqueda de satisfacción conjunta que debe lograrse en una pareja (Gómez-Zapiain, 2000).
- Nivel 3: Relaciones sexuales coitales. Se hace referencia a las relaciones con penetración que se tienen con una pareja o con más parejas sexuales.

Por consiguiente, el coito socialmente se ha establecido como la finalidad de las conductas sexuales, por ejemplo, el primer acto sexual se define como la pérdida de la virginidad y está asociado a grandes presiones sociales (López Sánchez et al., 2010).

A nivel global el estudio de las relaciones coitales se ha enfocado desde aspectos biológicos debido a que la penetración está relacionada principalmente con el medio de transmisión de enfermedades sexuales y con los embarazos no deseados. Esta problemática

se considera común a nivel mundial y es abordada desde los organismos que guarecen la Salud Pública de cada país y la Salud Global (UNESCO, 2018). Numerosos estudios con alto impacto en la comunidad científica como los de Workowski, y Bolan (2015); Skarbinski et al. (2015); Looker et al. (2015), y Finer, y Zolna (2016) hacen referencia a esta cuestión.

No obstante, el centralismo que ha tenido la conducta del coito ha servido para justificar conductas machistas, homófobas o menospreciar la satisfacción sexual femenina, considerando el coito como la conducta por excelencia de los actos sexuales en la vida adulta (López Sánchez, 2012).

Otro aspecto de las relaciones sexuales es el cambio que se ha experimentado en las conductas coitales, que en el pasado se presuponían monógamas, heterosexuales y se perpetraban a través del matrimonio al que había que llegar virgen según la moral religiosa. Además, existía una mayor permisibilidad para las relaciones extramatrimoniales en los varones que en las mujeres (McNulty, Wenner, y Fisher, 2016).

Actualmente, existe una mayor libertad sexual y la posibilidad de tener varias parejas sexuales a lo largo de la vida (Twenge, Sherman, y Wells, 2015). Sin embargo, esta situación y el mal uso de métodos anticonceptivos de barrera (preservativo) han facilitado las posibilidades de la transmisión global de las ITS, convirtiéndose en enfermedades pandémicas por el aumento de conductas sexuales de riesgo (Workowski, y Bolan, 2015).

Se hace pues necesario promover comportamientos que sean incentivados socialmente, como los expuestos por Heras, Lara, y Fernández-Hawrylak (2016):

- Autoexploración de nuestro cuerpo y de cómo responder sexualmente.
- Desmitificar comportamientos erotofílicos hacia la sexualidad y castigar conductas erotofóbicas como el machismo, la homofobia y la transfobia.
- Respetar el cuerpo de la pareja, aprendiendo sobre su respuesta sexual y buscar conductas erotofílicas de satisfacción sexual mutua.
- Comprender que el orgasmo femenino no tiene doble vía como el masculino y que las relaciones coitales sin estimulación del clítoris no es lo más satisfactorio para las mujeres, legitimando y respetando las relaciones lésbicas.
- Aprender a mantener relaciones seguras tanto a nivel de apego emocional como conductual que contribuyan a evitar embarazos no deseados y el contagio de ITS.

4.3. Conductas de riesgo en la sexualidad

Las conductas de riesgo son comportamientos humanos que suponen daño físico y/o emocional (López Sánchez, 2012; Meader et al., 2016). Vamos a estudiar estas conductas de riesgo en la sexualidad tanto desde la perspectiva física como emocional, teniendo en cuenta su impacto a nivel de Salud Global. Las conductas biológicas más estudiadas han sido las relacionadas con las ITS, sobre todo el SIDA; y los comportamientos vinculados al coito, como por ejemplo embarazos de riesgo, sexo desprotegido y prematuridad de las relaciones sexuales (Benotsch, Snipes, Martin, y Bull, 2013).

4.3.1. Riesgos a nivel biológico

En la actualidad, la WHO (2019) ha señalado que hay un millón de personas en el mundo que no se encuentran en un estado completo de bienestar debido al contagio de ITS, estimando la prevalencia en 376 millones de personas que contraen anualmente clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis, en 500 millones de personas portadoras del Virus del Herpes Simple tipo 2 (HSV2) y en 290 millones de mujeres infectadas por el Virus del Papiloma Humano (VHP). En 2020, 37,7 millones de personas vivían con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). No obstante, contraer cualquier ITS incrementará el riesgo de padecer otras patologías como la aparición de problemas de esterilidad, complicaciones durante el parto, transmisión de enfermedades de la madre al feto, inmunodepresión, el incremento de los cánceres relacionados con las ITS e incluso el contagio del VIH (WHO, 2019; ONUSIDA, 2021).

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual mundial, figurando entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica y debido a las farmacorresistencias creadas se ve dificultada la reducción de estas enfermedades a nivel mundial (WHO, 2013). Además, estas patologías son enfermedades infecciosas que se transmiten por contacto sexual (vaginal, anal y oral), cuyos agentes infecciosos son muy variados. Entre ellos hay más de 30 virus, bacterias, parásitos y hongos, siendo los de mayor incidencia la sífilis (bacteria), la gonorrea (bacteria), la clamidiasis (bacteria), la tricomoniasis (parásito protozooario, *Trichomonas vaginalis*), la hepatitis B y C (virus), el virus del herpes simple (HSV), el VIH y el VHP. Asimismo, los tres últimos virus enumerados provocan infecciones virales incurables (WHO, 2019).

Estas enfermedades también pueden transmitirse por medios no sexuales como las transfusiones de sangre o de productos sanguíneos y durante el embarazo o el parto (la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis). El curso de las ITS puede ser asintomático, siendo los síntomas más comunes la aparición de flujo anormal vaginal, ardor en las secreciones uretrales en los hombres, aparición de úlceras genitales y dolor abdominal, por ello, para un diagnóstico precoz se requiere de pruebas diagnósticas médicas fiables (WHO, 2013). Ante esta preocupación, los organismos mundiales han planteado estrategias educativas y sanitarias para obtener respuestas que cubran las necesidades demandadas por la población y contribuir en la prevención de la salud para responder coherentemente a esta problemática (WHO, 2019).

A continuación, vamos a examinar los estudios de Kann et al. (2016) y Kann, et al. (2018), que se basan en los datos recogidos por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Centro de Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos (EE. UU). Las conductas sexuales de riesgo en estas dos investigaciones se analizaron a través de estudios longitudinales realizados desde los años 1991 al 2015 y 2017 respectivamente, en adolescentes y adultos de EE. UU con muestras multiculturales de diferentes nacionalidades y etnias. En estos proyectos se consideró como riesgo principal en la conducta sexual los embarazos no deseados y las ITS. No obstante, en el apartado para actos de violencia también se incluyeron los abusos y la violencia sexual como conductas de alto riesgo en niños y adultos. La investigación de conductas de riesgo sexual en personas de distintas nacionalidades y etnias es fundamental para nuestro estudio, de ahí la transcendencia de ciertos datos obtenidos en estos dos estudios.

Según Kann et al. (2018) existen diferencias étnicas en la iniciación sexual, considerando que los varones negros (52.7%) y de origen hispano (44.1%) se inician antes que los varones blancos. Además, los varones tenían una iniciación sexual precoz y más parejas sexuales (41.4%) que las mujeres (37.7%). Sin embargo, exponen que desde 1991 a 2017 se ha producido una considerable reducción en la edad en la que se iniciaban, pasando del 54.1% al 39.5 % en las conductas sexuales asociadas con las intervenciones educativas que se han realizado. No obstante, en los menores de 13 años este comportamiento ha sido mayor en las personas del colectivo LGTBIQ+ (6.1%) frente a las personas heterosexuales y cisgénero (3.0%) (Kann et al., 2018).

Por otro lado, en relación con los métodos anticonceptivos Kann et al. (2016) y Kann et al. (2018) explicaron que:

- Con respecto a la utilización del preservativo se descubrió que el 56.9% de los participantes sexualmente activos usaban este método y que a lo largo de los años había disminuido y aumentado el número de relaciones sexuales protegidas. Durante los años de 1991 a 2003, el uso del preservativo aumentó de 46.2% a 63% y después de 2003 a 2015 decreció de 63% a 56.9%. Finalmente, de 2013 (59.1%) a 2015 (56.9%), no se produjeron cambios significativos. No obstante, los varones usaron más el preservativo como medio de protección (61.3%) que las mujeres (46.9%). Además, a su vez hubo mayor uso del preservativo en la orientación heterosexual (56.1%) que en la homosexual y bisexual (39.1%).
- El uso de pastillas anticonceptivas, el DIU, el implante, la inyección, el parche y el anillo vaginal son de 29.4% y se ha visto aumentado de 2013 a 2017 del 25.3% al 29.4% por la facilidad de acceso. Las mujeres heterosexuales fueron el grupo que más utilizaron los métodos anticonceptivos (24.5%) frente a las bisexuales (10.5%). Las mujeres de etnia negra (8.6%) utilizaron más estos métodos que la población blanca (8.1%) y que la hispana (3.9%).
- El uso combinado del preservativo y los métodos anticonceptivos ha sido mantenido entre 2013 y 2017 alrededor de un 8.8%. Además, ha sido mayor en la etnia blanca (11.6%) frente a la negra (6.4%) y los hispanos (4.2%). A su vez, su prevalencia ha sido mayor en mujeres heterosexuales (10.2%) que en bisexuales (4.3%).
- La prevalencia de 1991 a 2017 en no usar ningún método anticonceptivo para evitar embarazos no deseados se ha visto reducida en la población de 16.5% a 13.8%, siendo mayor su prevalencia en las mujeres hispanas (19%) y negras (17.8 %) frente a las blancas (10 %), y a su vez mayor en mujeres heterosexuales (13.7%) que en varones heterosexuales (9.5%).

Otro apartado interesante de este estudio son las relaciones sexuales que se han tenido bajo efectos del alcohol y las drogas y las pruebas de ITS que se han realizado. De acuerdo con Kann et al. (2018) un 18.8% de la población ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y las drogas. Sin embargo, las relaciones sexuales bajo los efectos estupefacientes

se han visto disminuidas de 1991 a 2017 de 21.6% a 18.8%. Aun así, han sido mayores en los hombres heterosexuales (21.7%) que en las mujeres heterosexuales (13.2%).

Kann et al. (2018) demostraron que la realización de pruebas de VIH tiene una prevalencia muy baja de 9.3 % a nivel poblacional y que incluso actualmente se encuentra en descenso por la pérdida del miedo al contagio de ITS; desde 2005 a 2017 se ha producido una reducción del 11.9% al 9.3%. La realización de pruebas sanguíneas de ITS ha sido mayor en mujeres (10.5%) que en hombres (8.1%) y esto ha estado muy relacionado con las pruebas de embarazo. A su vez, ha sido mayor su realización en el colectivo LGTBIQ+ (14%) que en el heterosexual (9.1%).

Para concluir, las prevalencias de estos estudios internacionales en distintas etnias, identidades y orientaciones, el estudio también indicó que las conductas de no riesgo hacia la sexualidad se encuentran entre el rango del 9 al 45%, señalando que los comportamientos de riesgo sexual están muy presentes en la sociedad y que más de la mitad de la población los realiza (Kann et al., 2016; Kann et al., 2018).

Por otro lado, en Europa los nuevos diagnósticos y tasas de VIH por 100000 habitantes, por país y año de diagnóstico acumulativamente desde 2009 a 2018, han sido de un total de 687133 personas, suponiendo una ratio de 5.1. No obstante, las poblaciones estudiadas en este proyecto se corresponden a los países de España y Reino Unido, en los cuales su ratio ha sido mayor que el de la media europea, con ratios de 6.4 y 6.7 respectivamente. Sin embargo, en Europa y en ambos países se ha producido un descenso de nuevos contagios (European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2019).

Consecuentemente, la educación sexual está contribuyendo a reducir las conductas de riesgo, pero todavía queda mucho que hacer para mejorar la calidad de vida de toda la población (López Sánchez, 2012). Curiosamente, según Degenhardt et al. (2017) se está produciendo un aumento en el consumo de drogas intravenosas a nivel mundial que está asociado con el incremento de la transmisión de enfermedades sexuales por dos vías, la sanguínea y el contacto con fluidos sexuales. Además, esta exposición continuada a sustancias tóxicas disminuye las funciones cognitivas y acentúa la toma de decisiones riesgosas como no utilizar el preservativo (Kann et al., 2018).

Según Kann et al. (2016) y Richards et al. (2016), las poblaciones marginadas y vulnerables, como las personas que consumen drogas intravenosas o los colectivos minoritarios por orientación e identidad sexual, siguen siendo los que se ven más afectados por el contagio de ITS. No obstante, no podemos seguir permitiendo que los trabajadores sexuales, los hombres homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los reclusos, las poblaciones nómadas, los inmigrantes y los adolescentes, sigan presentando las tasas más altas de ITS, y, además, que con frecuencia carezcan de acceso a servicios de salud apropiados (WHO, 2019; UIPES, 1999).

Otro aspecto que señalar de las estadísticas e investigaciones mundiales según la WHO (2017d, 2019) es que se relaciona a los varones con mayores conductas de riesgo que a las mujeres. Esta premisa se vincula con la adhesión a los roles sexuales masculinos por parte de los varones que hace que sean más propensos a tener comportamientos sexuales de riesgo en sus relaciones, que ponen en peligro a su pareja y a su descendencia (Arias et al., 2011; Cook, Watkins, Calebs, y Wilson, 2016).

Otro factor es que se ha perdido el miedo al contagio de enfermedades sexuales, porque los avances en las ciencias médicas existentes han conseguido paliar estas enfermedades hasta hacerlas casi inexistentes. Por ejemplo, mediante el consumo controlado y medicalizado de antirretrovirales, los pacientes seropositivos al VIH pueden presentar cargas virales indetectables y de esta manera reducir la posibilidad de transmisión a sus parejas (Rodger, 2016). Estos progresivos avances son fundamentales para mejorar las condiciones de vida de las personas y limitar los estereotipos y prejuicios existentes en relación con los pacientes portadores de este virus. Sin embargo, este avance no implica que el problema no siga existiendo; por ahora es una enfermedad crónica sin cura, por lo que la única estrategia existente es la prevención a través de la promoción de conductas sexuales positivas que incentiven los métodos de protección y control (WHO, 2019).

Las respuestas de la WHO (2019) se orientan al establecimiento de programas mundiales de investigaciones sobre ITS que precisan de una colaboración mundial efectiva y eficaz que permita implantar una verdadera Salud Global (Jamison et al., 2013). Las estrategias de la OMS/WHO se están rigiendo por dos estrategias, la “Estrategia mundial de prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021”, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2016, y por la “Estrategia Mundial del Secretariado

General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, del Niño y el Adolescente” de 2016-2030 (WHO, 2016).

No obstante, actualmente las intervenciones realizadas para evitar las ITS no son suficientes, debido a la complejidad de la sexualidad y más específicamente de los comportamientos sexuales humanos (WHO, 2006, 2019). Además, supone un gran desafío atender a las diferencias culturales de la población mundial. Consecuentemente, para mejorar la efectividad de los programas de prevención y promoción de la salud, la investigación, la educación, los servicios de detección y los tratamientos de las ITS, se debe continuar con estos proyectos y con sus actividades para conseguir proporcionar la atención necesaria a nivel mundial, limitando las desigualdades existentes entre los países (WHO, 1969, 2017b).

Algunas de las causas por las que no se usa el preservativo son:

- Falta de información sobre los métodos anticonceptivos y desconfianza en su uso. Desinformación para comprender que muchos métodos se encargan del control de la natalidad, pero que el único que se encarga de evitar las ITS y el embarazo es el preservativo (Beadnell et al., 2005; Schick et al., 2010).
- Disminución del placer masculino que incentiva el uso de métodos anticonceptivos o la realización del coitus interruptus o “marcha atrás”. Esta última conducta es uno de los comportamientos de riesgo sexual que más se llevan a cabo para no usar el preservativo y consiste en que el varón considera que tendrá tiempo de sacar su miembro antes de la eyaculación. No obstante, las mujeres toman métodos anticonceptivos para satisfacer a los varones, pero curiosamente el uso del preservativo no tiene repercusiones negativas en la satisfacción sexual femenina, ya que su orgasmo se alcanza a través de la estimulación del clítoris (George et al., 2019).
- Relaciones sexuales sin planear en las que no se dispone de métodos de barrera como el preservativo y las personas se dejan llevar por sus deseos sexuales (Beadnell et al., 2005).
- Presunción de que no hay riesgo de contagio con la persona con la que se está realizando la relación sexual (Lal et al., 2017). Sin embargo, aunque se tenga relaciones con una pareja sexual sin preservativo, si no se realizan las pruebas de ITS no hay seguridad de las enfermedades que se puedan haber transmitido.

Además, según la WHO (2019) hay un bajo control de la prevalencia del contagio de ITS, debido a la baja incidencia en la realización de pruebas serológicas y, por consiguiente, en la detección de estas enfermedades, pudiendo haber un mayor número de personas que padecen estas patologías. Consecuentemente, en la mayoría de los países se realizan estas pruebas en el control prenatal de las madres para la protección de los niños (WHO, 2017d).

- Limitaciones socioeconómicas para acceder a los métodos anticonceptivos y el sentimiento de vergüenza por los estereotipos socioculturales para comprar preservativos en supermercados y farmacias (George et al., 2019).

Desde la perspectiva educativa debemos asegurarnos de que nadie va a ser estereotipado por el uso del condón o por padecer enfermedades sexuales, ayudando a que las personas sean responsables en sus conductas sexuales por su protección y la de los demás, recalcando que el preservativo no solo evita el embarazo, sino que evita el contagio de ITS y de ahí la importancia de su uso (Halkitis, Parsons, y Wilton, 2003; Gagnon, y Simon, 2017). Por consiguiente, la educación tiene la responsabilidad y la facilidad de promover un cambio significativo que favorezca la vivencia de una sexualidad saludable (López Sánchez, 2012). Desde esta visión de salud global y holística, la educación sexual puede incluirse dentro de la Educación para la Salud, entendiéndola como el proceso didáctico de enseñanza-aprendizaje destinado a generar estrategias que faciliten la comprensión de información sanitaria y el desarrollo de habilidades destinadas a mejorar la prevención y la promoción de la salud (Nelson, Pantalone, y Carey, 2019). La responsabilidad principal de esta educación recae en los profesionales sanitarios y educativos, pero para su garantía y mayor calidad formativa se necesitará también de la implicación social de las distintas esferas profesionales (Davies, y MacDonald, 1998; Lambie, y Price, 2015).

4.3.2. Riesgo a nivel psicoafectivo y social

Los riesgos que se derivan de la sexualidad no solamente nos afectan a nivel físico, sino que por nuestro desarrollo holístico tendrán un impacto psicológico y social. Diversos estudios evalúan la repercusión de la primera relación amorosa, de la iniciación sexual, de las relaciones de pareja y de los estereotipos sexuales que se han creado en función de la orientación e identidad sexuales (DeRogatis, y Burnett, 2008; Halkitis, Parsons y Wilton,

2003; Impett, y Peplau, 2003; Markham et al., 2010; Messman-Moore, Walsh, y DiLillo, 2010; Payton et al., 2000).

Durante la adolescencia se suele experimentar presión en la iniciación de conductas sexuales a través del grupo de amigos y/o pareja (Rathus, Nevid, y Fichner-Rathus, 2005). La falta de autoestima en los adolescentes puede ocasionar un aumento de las relaciones sexuales riesgosas cuyo objetivo suele ser satisfacer a los demás, más que buscar una satisfacción mutua o personal (Gagnon, y Simon, 2017). Esta situación produce que los adolescentes sientan que no controlan sus comportamientos produciéndoles ansiedad y sentimientos de culpa por los actos realizados (López Sánchez, 2005). Además, debemos añadir que las expectativas creadas sobre las relaciones coitales en la sociedad pueden no coincidir con las que los adolescentes y jóvenes experimentan en sus actos sexuales, lo cual, también los lleva a sentirse defraudados y desilusionados respecto a su visión de las relaciones sexuales (López Sánchez y Fuertes, 1989). Desde el estudio de Payton et al. (2000) se ha descubierto que la única manera de promover el bienestar social y mental es a través del establecimiento de un apego seguro con los niños y los adolescentes para que aprendan a ser responsables de sus actos y contar con la confianza de su figura de apego que les guíe en sus acciones sexuales (Ainsworth et al., 2015). Los niños criados bajo este marco de referencia demuestran tener un mayor control emocional que influye en su toma de decisiones en las que se visualizan menores conductas sexuales de riesgo (Markham et al., 2010; Simons et al., 2016). Por tanto, la seguridad que cada uno tenga de su imagen corporal repercutirá en su autoestima y en sus relaciones con los demás (Brandberg et al., 2008).

Un nuevo factor añadido en las relaciones sexuales es la utilización de la tecnología que hace que los adolescentes, jóvenes y adultos no desconecten y que tengan acceso a contenidos inapropiados e incluso inicien comportamientos abusivos sexuales a través de las tecnologías de la información y de la comunicación porque sienten la impunidad de no estar presentes (Madigan, Ly, Rash, Van Ouytsel, y Temple, 2018). La tecnología no es perjudicial, pero los padres y los educadores deben asegurarse de su correcto uso y de que cualquier abuso sexual realizado a través de este medio tenga consecuencias y sea considerado un delito (Madigan et al., 2018).

Por otro lado, este comportamiento diferencial por sexo en el que las mujeres tienden a ser más complacientes con los varones en sus relaciones sexuales es iniciado en la

adolescencia (Glick, y Fiske, 1996). Además, esta conducta es mantenida en la vida adulta sobre todo por las mujeres heterosexuales y provoca que tiendan a tener relaciones coitales con sus parejas a pesar de que a ellas no les apetezca (Impett, y Peplau, 2003).

Hay que tener en cuenta que los estereotipos creados en torno al sexo y a la orientación sexual tienen un gran impacto emocional y social en la población. Por ejemplo, la percepción errónea de que las mujeres son menos activas sexualmente que los hombres, la sexualización de sus cuerpos y la creencia de que la maternidad es su responsabilidad, han creado fuertes presiones emocionales que las hacen sentir culpables por vivir una sexualidad satisfactoria y responsable cuyo objetivo no sea la reproducción (Glick, y Fiske, 1996). Además, estos estereotipos son muy dependientes del marco sociocultural en el que se nace, pero debemos reconocer que cada vez más los movimientos feministas están liberándose de estas ideas preconcebidas de la mujer en pro de sociedades más igualitarias (Szirom, 2017).

La maternidad es un aspecto importante y tanto si es o no deseada tiene repercusiones individuales y sociales. Los embarazos no deseados tienen un fuerte impacto emocional y socioafectivo por los prejuicios e ideas preconcebidas que se han creado, tanto si la mujer decide abortar como si considera seguir adelante con la gestación (Kjellgren, 2019; Kost, y Lindberg, 2015). En cuanto al embarazo adolescente, las implicaciones son similares añadiéndose la prematuridad de responsabilidad que puede conllevar tener un hijo cuando se es menor de edad (Denno, Hoopes, y Chandra-Mouli, 2015). No obstante, la incapacidad por no poder tener hijos por las diferentes disfunciones sexuales y la esterilidad también tienen un gran efecto personal y sobre la pareja (Messman-Moore, Walsh, y DiLillo, 2010).

Como ya se ha explicado, el enamoramiento y las relaciones de pareja tendrán una fuerte repercusión en nuestro crecimiento, por lo que tendremos que aprender a relacionarnos positivamente con los demás, respetando sus derechos sexuales (Grose, Grabe, y Kohfeldt, 2014; Gagnon, y Simon, 2017). Asimismo, como también se ha abordado, existen otros riesgos conductuales psicológicos y físicos relacionados con la sexualidad que tienen mucha relevancia social como son la violencia de género, el abuso sexual o la violación. Estos comportamientos desencadenan sentimientos muy complejos en las personas que los padecen, que pueden ir desde la culpabilización o el aislamiento hasta la depresión (Messman-Moore, Walsh, y DiLillo, 2010).

Por otra parte, los estereotipos negativos creados en torno a la diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales tienen un impacto psicológico perjudicial en la salud sexual de las personas de la comunidad LGTBIQ+ (Van Anders, 2015). Estas experiencias nocivas y la vivencia de la transfobia, bifobia y homofobia ocasionan sentimientos de frustración, de incomprensión, de profunda tristeza y de culpabilización que pueden llegar a producir el desencadenamiento de depresiones e incluso inducir al suicidio por la falta de aceptación de estas minorías sexuales (Batejan, Jarvi, y Swenson, 2015). La discriminación a favor de la heteronormatividad en detrimento del resto de orientaciones sexuales e identidades de género sigue suponiendo una de las lacras sociales que deja una resistente huella de opresión en el desarrollo de las personas de este colectivo (Grozelle, 2017). Esta sociedad está intentando mejorar las actitudes positivas hacia la diversidad sexual, pero todavía queda un largo camino para lograr su aceptación en todos los países y asegurar el bienestar de la población guarecido por los derechos sexuales (Forrest, 2018).

Otro factor que recae sobre la población son los estereotipos asociados a las ITS tales como la gonorrea, la Hepatitis C o el VIH. El contagio de estas enfermedades, sobre todo del VIH, tiene una gran repercusión afectiva y social, porque las personas que las sufren tienden a ser estigmatizadas y, por tanto, excluidas socialmente, juzgadas por su forma de vida y culpabilizadas de su transmisión (Crockett, Kalichman, Kalichman, Cruess, y Katner, 2019). Esto lleva a quienes las padecen a internalizar su estigma y a desarrollar afrontamientos autodestructivos. Por ello, es muy importante erradicar este prejuicio concienciando a la población en la prevención y en la existencia de tratamientos antirretrovirales efectivos que consiguen que la carga viral del VIH sea indetectable, convirtiéndola en una enfermedad crónica que permite vivir una vida plena (Turan et al., 2017). A nivel mundial, las poblaciones vulnerables son las más afectadas por este estereotipo, como es el caso de los consumidores de drogas intravenosas, los trabajadores sexuales, los inmigrantes y la población del colectivo LGTBIQ+, sobre todo en la identidad de género transgénero y en las orientaciones homosexuales y bisexuales (Forrest, 2018).

Existen diferentes factores que incrementan las conductas de riesgo sexual y que tienen consecuencias psicológicas, biológicas y sociales en el desarrollo de la sexualidad humana. Es la educación el único medio disponible que tenemos para promover cambios significativos positivos hacia las actitudes y los comportamientos sexuales que mejoren el bienestar social.

En la Tabla 7 se resumen los problemas que se derivan de la falta de conocimientos que se tienen acerca de las actitudes y conductas hacia la sexualidad humana.

Tabla 7.
Factores que influyen las actitudes y los comportamientos sexuales de riesgos y sus consecuencias.

Factores	Actitudes y conductas sexuales
Sociales	- Discriminación por sexo y por orientación sexual. - Sexualización en los medios utilizada como forma de marketing. - Falta de educación y de asistencia sanitaria holística a los distintos aspectos que se derivan de la sexualidad. - Diferencias abismales ideológicas, sanitarias y sociales por países. - Desconocimiento del uso de los anticonceptivos y despreocupación por sus consecuencias. - Preocupación en la salud pública por el aumento de las ITS. - La realización de la ablación femenina.
Generacionales	Niños y adolescentes - Iniciación de las conductas negativas hacia la sexualidad como las conductas de riesgo, el sexismo o la homofobia. - Sensación de poder e impunidad al creer que conocen más sobre la sexualidad por su fácil acceso a través de Internet. - Insatisfacción en las relaciones sexuales y búsqueda de la complacencia. - Presión grupal y/o de la pareja en el inicio de la conducta sexual. - Bajo autoestima y desvaloración de las opiniones de los adultos lo que hace que los adolescentes valoren menos el riesgo.
	Adultos - Búsqueda de satisfacer sexualmente a la pareja sin importar la sexualidad propia y presencia de conductas sexuales riesgosas. - Mantenimiento de relaciones tóxicas y celos como un aspecto positivo. - Embarazos no deseados e infertilidades.
De los colectivos vulnerables mayores de edad (Drogodependientes, trabajadores sexuales, colectivo LGTBIQ+, ancianos y discapacitados)	- Mayores conductas de riesgo sexual, aunque actitudes más positivas hacia la sexualidad (contradicción entre pensamiento y acción). - Mayor número de estereotipos negativos asociados injustamente. - La sexualidad de los ancianos y los discapacitados es un tema invisible. - Dependiente de la personalidad, la religión, la edad y el sexo de los sujetos.
Personales	- Percepción sobre uno mismo: autoconcepto y autoestima, cuanto más bajo estén mayor relación con actitudes y conductas de riesgo. Sin embargo, un buen control emocional está relacionado con conductas más positivas.
Según la interrelación de factores personales, socioculturales y situacionales.	- Entornos familiares que promuevan un apego seguro producen un descenso de las conductas de riesgo. - Aumento de estas conductas en familias desestructuradas y/o consumidoras de drogas y alcohol. - Tipo de compañías y parejas sexuales.

Fuente: Elaboración propia a través de la WHO (2019) y la bibliografía consultada.

CAPÍTULO 3:
LA EDUCACIÓN SEXUAL

1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo anterior tratamos la sexualidad desde sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales desde una perspectiva centrada en la mejora de la salud y basada en el respeto a los Derechos Humanos. Además, abordamos las dimensiones positivas y negativas de las actitudes y las conductas sexuales. Este apartado fue fundamental porque en nuestra investigación vamos a evaluar las competencias en sexualidad de los distintos profesionales y para ello, necesitamos conocer sus predisposiciones y acciones. Por consiguiente, en este capítulo vamos a explicar que es la Educación Sexual, los modelos existentes, su marco educativo y sus competencias.

Debido a los objetivos de esta investigación, nos centraremos también en la influencia de la Educación Sexual en la formación interdisciplinar, teniendo en cuenta un enfoque basado en la educación y la salud global. Las propuestas educativas, en las cuales nos vamos a centrar, parten por tanto del conocimiento actitudinal y conductual de la población para llevar a cabo intervenciones que sean realistas, efectivas y eficientes en la promoción y el reconocimiento de los derechos sexuales humanos (EEGSE, 2016).

2. EDUCACIÓN SEXUAL

Para poder definir qué es la educación sexual se exige que comprendamos su origen, lo que aborda, su impacto y cuál es su propósito.

La educación debe integrar y normalizar el estudio de la sexualidad en su currículo, sin centrarse únicamente en la prevención de enfermedades y en la regulación de comportamientos coitales. Para ello es necesario que garantice un aprendizaje contextualizado socialmente que se encamine al desarrollo intelectual y ético de las personas (Breuner, Mattson, y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2016). A partir de las evidencias científicas se está pretendiendo que la sexualidad sea abordada transversalmente y enfatizando en la importancia de resaltar la afectividad asociada al desarrollo sexual (Vanwesenbeeck, Westeneng, de Boer, Reinders y van Zorge, 2016).

No obstante, el origen de esta educación comenzó con una visión regresiva y prohibitiva de la sexualidad y sobre todo de la femenina (Gómez-Zapiain, Ortiz, y Eceiza, 2016). Desde el marco sanitario nacional e internacional se han desarrollado estrategias y llevado a cabo programas e intervenciones para reducir conductas de riesgo, que no han sido suficientes para el control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), con especial incidencia en el control del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Ministerio de Educación y Consumo, 2003; WHO, 2019).

La UNESCO (2018) ha señalado la importancia de remodelar nuevas estrategias educativas para garantizar su acceso a todo el mundo, siendo necesario subrayar e incorporar aspectos relacionados con la educación en valores (Gómez-Zapiain, Ortiz, y Eceiza, 2016). Actualmente, la Organización Mundial de la Salud, ha explicado que las estrategias llevadas a cabo para evitar estos comportamientos son insuficientes debido a que estima que se adquieren más de 1 millón de ITS cada día (WHO, 2019). Estas enfermedades en la mayoría de los casos se transmiten por contacto sexual arriesgado (vaginal, anal y oral) sin usar el condón como método de barrera protectora (WHO, 2013). Por ejemplo, Kann et al. (2018), en relación con esta evaluación, mostró que la prevalencia de conductas de riesgo sexual en los Estados Unidos está presente en el 55% de la población. Además, según Benotsch, Snipes, Martin, y Bull (2013) sus factores son muy

variados y complejos de analizar e incluyen las variables socioculturales, generacionales, históricas y personales.

El principal enfoque educativo y conceptual ha sido el ya expuesto que es reduccionista y se centraba únicamente en los aspectos ligados a las relaciones coitales y a la prevención de ITS (Bell, 2019). Debido a que esta estrategia no ha funcionado, se ha tendido a sustituir este término por el de educación afectivo-sexual, para ampliar el enfoque de acción pedagógico y crear intervenciones más efectivas (Foucault, 1978). Esta transformación conceptual no es arbitraria, ya que somos seres sociales y para sobrevivir y desarrollarnos funcionalmente necesitamos de la interrelación sexual con los otros (López Sánchez, 2015). Además, estos aspectos han sido investigados en diferentes etapas y grupos sociales con especial incidencia en adolescentes, personas del colectivo LGTBIQ+ y grupos vulnerables como los trabajadores sexuales, adictos o mujeres maltratadas (Wei, McGrath, Hayden, y Kutcher, 2015). No obstante, para desarrollar intervenciones que estén validadas ecológicamente, es esencial considerar los factores de las diferentes etapas de la vida, incidiendo en el estadio educativo temprano y en la formación de profesionales cualificados para abordarla (Walker, 2014).

Finalmente cabe recordar que hay diferentes factores que aumentan los comportamientos sexuales de riesgo y tienen consecuencias psicológicas, biológicas y sociales (Schick et al., 2010). Varios estudios respaldan que la educación en sexualidad a través de un modelo biográfico y profesional es el método disponible más factible para garantizar cambios positivos y significativos que promuevan experiencias sexuales más saludables (Grose, Grabe, y Kohfeldt, 2014). Las propuestas educativas, a partir de este enfoque, deben comenzar con el análisis de los conocimientos, las actitudes y los comportamientos sexuales que tienen los individuos para llevar a cabo intervenciones integrales y transversales apropiadas de forma individual y colectiva desde una perspectiva centrada en la Salud Global (Jamison et al. 2013). Estos programas también deben contextualizarse a nivel sociocultural y garantizar la promoción y el reconocimiento de los derechos sexuales humanos (EEGSE, 2016).

Por consiguiente, el sexo y el género son una parte importante en las relaciones humanas y como seres sexuados necesitamos desarrollar nuestra identidad sexual y de género dentro de una sociedad determinada (Gagnon, y Simon, 2017). No podemos

concebir una educación en la que no se incluyan de manera integral el desarrollo sexual y el afectivo, porque omitir cualquier componente de la sexualidad humana sería negar información al alumnado (López Soler, 2003).

Para comprender este cambio en las intervenciones pedagógicas debemos analizar la educación afectivo-sexual desde el origen de la Educación Sexual y de la Educación Afectiva. Además, su propósito puede ser informativo y/o formativo (Maideu, 1982; Forrest, 2018; López Soler, 2003). A continuación, vamos a exponer las definiciones de educación sexual de autores relevantes en este campo, en orden cronológico para facilitar nuestro posterior análisis:

- *“La educación sexual es el conjunto de conocimientos bio/psicosociales de la sexualidad que permiten vivirla adecuadamente dentro de un marco sociocultural determinado”* (Ferrer, 1989, p. 20).
- *“La educación sexual es aquella que logra que el alumnado adquiera conocimientos de la sexualidad de manera ampliada y adecuada a su edad para que acepten positivamente su identidad sexual, las actitudes hacia la sexualidad, el deseo sexual y la afectividad”* (López Sánchez, 1990, p. 44).
- *“La Educación Sexual es el proceso de construcción de un modelo de representación y explicación de la sexualidad con el único límite de respetar las libertades de los demás, siendo necesario analizar críticamente los modelos establecidos y conocer la propia historia del conocimiento sexual”* (Barragán, 1991, p.135).
- *“La Educación Afectivo-Sexual consiste en suscitar, a lo largo del proceso educativo, los elementos necesarios para construir, para desarrollar la manera propia de estar en el mundo”* (Gómez-Zapiain, 2000, p.48).
- *“La Educación Sexual es el proceso básico que permite que cada persona viva su sexualidad positivamente de forma sana y responsable, en la que deben colaborar la familia y la escuela para lograr un desarrollo funcional que transmita mensajes de igualdad y cooperación entre los sexos”* (Colectivo Harimaguada, y López Sánchez, 1994, p. 3).
- *“La educación en sexualidad es la promoción de la salud sexual [...] busca [...] comprender una visión positiva de la sexualidad para brindarles información y*

habilidades sobre el cuidado de su salud sexual y ayudarlos a adquirir competencias para tomar decisiones [...]. Un programa de educación sexual incluye información y la oportunidad de explorar actitudes y desarrollar competencias en áreas tales como desarrollo humano, relaciones, habilidades personales, comportamiento sexual, salud sexual y sociedad y cultura” (Haffner, 1995, p. 30).

Analizando las definiciones planteadas de educación sexual, comprobamos que se centran en garantizar la información relacionada con la sexualidad desde el desarrollo psicobiológico durante las diferentes etapas de la vida (Huuki, y Renold, 2016). Estas conceptualizaciones resaltan la importancia de entender que la sexualidad se centra en la genitalidad, la afectividad y las influencias socioculturales. Por tanto, contribuye a desmitificar mitos, tabúes y conductas estereotipadas, que seamos más conscientes de nuestros comportamientos y actitudes negativas, que aprendamos a respetar las distintas orientaciones sexuales y a reducir la discriminación por género. Todo ello, lo hace a través de una promoción e investigación constante que permita generar estrategias efectivas y eficientes didácticamente para que los programas que se lleven a cabo cumplan los criterios necesarios para garantizar el bienestar personal (Gillespie et al., 2018).

Gómez-Zapiain (2000) remarcó el reconocimiento de la afectividad defendiendo la terminología de educación afectivo-sexual. Este nuevo constructo se ha visto reflejado en la literatura internacional bajo la denominación de “Comprehensive Sexuality Education” o “Educación Completa en Sexualidad” en español (EEGSE, 2016). La finalidad de estas propuestas educativas debe generar un proceso de enseñanza-aprendizaje que sea de calidad y que se encuentre en constante renovación, adaptándose y anticipándose a las nuevas necesidades de la población. Por consiguiente, la Educación Sexual no debe ser simplemente una transmisión verbal de conocimiento, sino una forma de relación entre las personas que buscan alcanzar el equilibrio físico, psicológico y social de una vida saludable, respetando la de los demás (López Sánchez, (2015); López Soler, 2003).

2.1. Fundamentación del origen de la Educación Afectivo Sexual

La educación afectiva se ha visto relegada a los núcleos familiares y es aprendida bajo las direcciones de las normas socioculturales, estando presente en el currículum escolar de una manera oculta o indirecta (Johns, y Moyer, 2018).

Por tanto, el objetivo principal de la educación afectiva es conseguir desenmascarar y transmitir un currículum regulado que implique una acción conjunta entre los docentes, la familia y la sociedad que conlleve a una mejora de las actitudes hacia la sexualidad (Foucault, 1978).

Para cumplir este objetivo la educación debe promover estrategias adecuadas que faciliten el aprendizaje desde una visión más emocional (Gómez-Zapiain, 2000). Además, la investigación educativa ha demostrado que introducir la afectividad en las didácticas incrementa la motivación y la implicación del alumnado en su aprendizaje (Grose, Grabe, y Kohfeldt, 2014).

Las competencias y contenidos transversales de la educación afectiva impartidos son: la autoestima, las habilidades de comunicación, los valores de igualdad de género y cultural, el placer en la comunicación con los demás, la relación entre los diferentes sexos y asumir de manera asertiva las responsabilidades compartidas, es decir, establecer relaciones personales satisfactorias en todas las etapas vitales (Heras, Lara, y Fernández-Hawrylak, 2016).

Otro apartado fundamental de la educación en sexualidad es comprender como podemos influir positivamente en las “figuras de apego” de los niños durante la crianza y ser un buen modelo en las aulas (Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall, 2015). La figura de apego es o son aquellas personas que nos ayudan a cubrir las necesidades vitales de afecto, seguridad y protección, como ya exponía Maslow en su necesidad de seguridad y de afiliación o Alderfer en su necesidad de existencia y de relación (Bowlby, 1993).

El apego seguro ayudará al desarrollo de la identidad, de la comunicación íntima, a desarrollar el altruismo, la moral, la cooperación y a sentirse pertenecientes a una comunidad determinada. No obstante, no satisfacer estas necesidades básicas llevará a una falta de bienestar y de estabilidad emocional que afectará a la salud del individuo (Ainsworth et al., 2015). Por consiguiente, el resto de los apegos (ansioso, ansioso-

ambivalente, evitativo y desorganizado) tendrán consecuencias negativas en las actitudes hacia la sexualidad (Bowlby, 1993, López Sánchez, 2009).

Esta “figura de apego” es desempeñada en los primeros años de vida por los padres y los familiares cercanos, y a medida que nos desarrollamos esta necesidad también será cubierta por las relaciones de pareja y las amistades (Bowlby, 2018).

Según Ortiz, Gómez-Zapiain, y Apodaca (2002), López Sánchez (2015) y Gómez-Zapiain, Ortiz, y Gómez (2011) las experiencias sexoafectivas de las relaciones de pareja y de amistad son un reflejo de nuestro aprendizaje en función de los vínculos establecidos con las figuras de apego. En este sentido necesitamos de una red de apoyo social amplia para desarrollar nuestro rol social y ético en la sociedad que promueva la instauración del respeto a los derechos sexuales humanos de todos los individuos (Bowlby, 2018).

En este marco socioafectivo cercano es donde iniciamos nuestros aprendizajes sexuales a través de la observación de las actitudes y conductas de los adultos y de las experiencias relacionales vividas con los amigos, la pareja y en la escuela y el trabajo (Gómez-Zapiain et al., 2011) Si no se estimula este aprendizaje desde edades tempranas, puede repercutir negativamente en el desarrollo funcional, por consiguiente, desde el marco familiar, social y escolar tenemos la responsabilidad y el deber de fomentar el desarrollo de vínculos afectivos, éticos y saludables (López Sánchez, 2015).

Nuestra labor, desde la educación, es orientar a las familias para que desarrollen una figura de apego que cubra la necesidad de seguridad emocional, responda a los intereses y a las cuestiones planteadas en torno a la sexualidad y contribuya a la construcción del conocimiento sexual y al establecimiento de relaciones sociales fundamentadas en el desarrollo de valores como la empatía, la asertividad, la cooperación entre iguales, el respeto o la igualdad (Colectivo Harimaguada, y López Sánchez, 1994; López Soler, 2003).

Después de haber analizado de forma particular la educación sexual y la educación afectiva, comprendemos que el nacimiento de la terminología de la Educación Afectivo-Sexual surgió con la misión de integrar la vinculación emocional en la sexualidad del desarrollo del ser humano (Gómez-Zapiain, 2000). Además, este enfoque educativo ha contribuido a la creación de programas cuyas intervenciones pretenden unificar la visión parcializada del análisis del crecimiento psicobiológico y psicoafectivo (Venegas, 2011).

En común acuerdo con el Colectivo Harimaguada, Félix López Sánchez y Javier Gómez-Zapiain, López Soler (2003) declaran que:

El término de Educación Afectivo-Sexual supone un intento, un deseo de comprender la sexualidad humana de una manera más global, más integrada. Es un intento de deshacer la dicotomía entre amor y sexo, entre afectividad y placer. Es una manera de integrar dos necesidades básicas: la necesidad de querer y ser querido y la necesidad de satisfacción del deseo sexual (p.15).

En contraposición, Barragán (1995) criticó la denominación de Educación Afectivo-Sexual explicando que:

La denominación afectivo-sexual no parece ser la más adecuada porque separa lo sexual de lo afectivo y destaca una de las funciones sobre las demás, justamente aquella que ha sido utilizada históricamente por los sectores más conservadores para disfrazar especialmente la sexualidad femenina. ¿Por qué no hablar de Educación Sexual para el placer, para la comunicación o para el erotismo? Desde nuestro punto de vista el término sexual implica comunicación, afectividad, placer y de forma secundaria reproducción, por ello no necesita ningún aditivo (p. 25).

Tras comprender las diferentes posturas surgidas en torno al nacimiento del término de Educación Afectivo-Sexual, debemos reconocer, como expuso Barragán (1995), que en la sexualidad se integra la afectividad y que al plasmarla en dos términos separados podemos caer en el error de estudiarlos por separado.

Aun así, ha surgido con más fuerza la corriente a favor de que la terminología se denomine Educación Afectivo-Sexual, porque la ausencia de la afectividad en este concepto ha hecho que olvidemos los aspectos emocionales y sociales que tiene la sexualidad y la impartamos curricularmente desde una perspectiva biológica (educación anticonceptiva y preventiva de las ITS), descuidando el resto de las dimensiones que constituyen este constructo (López Sánchez, 2015). Por tanto, aceptamos la denominación de educación afectivo-sexual, reconociendo el matiz que ha señalado Barragán (1995) en su crítica, entendiendo que lo importante no es la denominación sino tener en cuenta el contenido impartido.

Apoyándonos en las teorías relacionales del apego y la sexualidad, según el análisis de la literatura de Gómez-Zapiain (2000), Ortiz et al. (2002), López Sánchez (2015) y

Gómez-Zapiain et al. (2011), la educación afectivo-sexual debería impartirse de una manera integral. Además, este constructo educativo debería incluir el análisis de la naturaleza sexuada, la orientación sexual, la identidad de género, el deseo sexual, la satisfacción sexual, los roles de género y las experiencias positivas hacia la sexualidad. No obstante, debe añadir holísticamente la dimensión afectiva que hace referencia a la necesidad vital de establecer vínculos con otras personas para sobrevivir y lograr una estabilidad emocional (autoestima, autoeficacia o empatía).

Por consiguiente, la conceptualización de los términos afectivo y sexual pretende potenciar la igualdad entre los sexos, géneros y orientaciones; contribuir a aceptar la diversidad; facilitar la comunicación interpersonal y social segura; aprender a valorar el constructo de la sexualidad y reconocer los vínculos afectivos positivos y negativos (López Sánchez, 2015).

El impacto de la educación afectivo-sexual en la dimensión sociocultural está sirviendo para concienciar y preparar críticamente a la comunidad, incorporando una visión objetiva y positiva que ha coadyuvado a que se asuman responsabilidades y derechos en relación con la promoción de la vivencia saludable de la sexualidad (Gagnon, y Simon, 2017). Además, estas enseñanzas pedagógicas pretenden ser incorporadas en los planes de estudio con la intención de solucionar la falta de formación del profesorado, debido al desconocimiento y a la mitificación, que ha podido transmitirse en un currículo no reglado que permitía que los prejuicios de los educadores afectaran a la formación del alumnado (Heras et al., 2016).

Según Foucault (1978) y Gagnon, y Simon (2017), las necesidades de formación en educación en sexualidad abarcan diferentes perspectivas como:

- La evolución y los cambios sociales hacia el enfoque de la sexualidad humana.
- El respeto a las distintas identidades de género y orientaciones sexuales.
- El análisis crítico de los estereotipos y roles de género.
- El estudio de actitudes negativas y prejuicios sexuales discriminatorios como son el sexismo, la homofobia y la transfobia.
- La cultura de la violación y los abusos sexuales.
- La carencia de afectividad de la familia.
- Los nuevos núcleos familiares.

- El mantenimiento de relaciones sociales saludables frente a las tóxicas fundamentadas en la posesión y la dominación.
- El estudio de las conductas sexuales de riesgo.
- La prevención de las ITS con especial incidencia en el VIH y las Hepatitis B y C.
- El uso de anticonceptivos.
- Las problemáticas del aborto y los embarazos no deseados.
- La importancia de comprender que la Educación Sexual no fomenta la promiscuidad sexual, sino que ayuda a vivirla saludablemente.
- Y el estudio de las diferentes corrientes formativas y morales que se han impartido a lo largo de la historia y sus consecuencias normativas.

Sin embargo, la terminología homóloga a esta visión en Educación Afectivo Sexual o Integral que está teniendo actualmente más peso en el marco internacional es la denominación de “Comprehensive Sexuality Education” (Educación Completa en Sexualidad), anteriormente aludida, y que incluye todos los principios mencionados e incorpora de manera holística todos los aspectos necesarios de una educación sexual científica y de calidad (Vanwesenbeeck et al., 2016). Finalmente, para que los programas de educación sexual sean eficaces es fundamental que sean regulados e impartidos de manera transversal en el currículo, atendiendo a la globalidad cultural del alumnado existente y teniendo en cuenta que se fundamenten en el respeto a los Derechos Sexuales Humanos (EEGSE, 2016).

A continuación, nos centraremos en los problemas añadidos a los que la educación en sexualidad debe hacer frente desde el marco formativo, especialmente desde el enfoque escolar, universitario y profesional. Dichos problemas de enseñanza son: los modelos didácticos, la formación de profesionales, la legislación, los objetivos y las competencias pedagógicas del currículum en educación afectivo-sexual o educación completa en sexualidad.

2.2. Modelos didácticos de Educación Sexual y Afectiva

Estos modelos educativos se centran en las maneras en la que es abordada la educación sexual en el marco docente. Los modelos que vamos a explicar a continuación son: el modelo de riesgos, el modelo moral, el modelo revolucionario y el modelo

biográfico y profesional. Para exponer los puntos claves de estos modelos nos centraremos en los análisis de López Sánchez (2015) y Fallas, Artavia, y Gamboa (2012). Sin embargo, en nuestro caso, profundizaremos especialmente en el modelo biográfico y profesional porque consideramos que es el que más se acerca a una metodología educativa basada en la evidencia y fundamentada en una base científica.

2.2.1. Modelo de riesgos

Este modelo de Salud Pública surgió de la visión centrada en la mejora del bienestar comunitario implantado en el período de posguerra de la Segunda Guerra Mundial (Jamison et al., 2013). Su acción se centró en fomentar las medidas preventivas que afrontasen los embarazos no deseados y el contagio de ITS. Además, pretendía evaluar los cambios sociales que se produjeron desde mediados del siglo XX como la aparición de los Derechos Humanos, el divorcio y el menor control moralista de la iglesia entre otros. El objetivo era limitar las enfermedades y las consecuencias y de esta manera contribuir a evitar los riesgos de transmisión sexual (Shobo, 2007). Este modelo ha sido ampliamente implantado desde la aparición en los años 80 del VIH que causó una pandemia mundial de contagios y muertes (Hubert, Bajos, y Sandfort, 2020).

Los objetivos de este modelo se centran en evitar las ITS con especial incidencia en el VIH, los embarazos no deseados e informar a través de campañas sociales que incidan en la reducción de estas enfermedades, su sufrimiento y su coste (Shobo, 2007).

Los contenidos son impartidos por los profesionales sanitarios desde una visión centrada en evitar la enfermedad y las prácticas de riesgo sexuales (Steadman, Crookston, Page, y Hall, 2014).

La metodología empleada parte de dar la información sobre los métodos anticonceptivos existentes y las prácticas sexuales saludables para evitar los riesgos. Suelen utilizarse charlas discursivas y anuncios publicitarios preventivos que transmitan la información factual sobre los riesgos de la sexualidad (Hubert et al., 2020). Los encargados suelen ser los centros de atención sanitaria, las asociaciones y el gobierno a través de campañas preventivas (Mutinta, Govender, George, y Gow, 2014).

Este modelo, aunque cubre la base informativa sobre las enfermedades y problemas derivados de la reproducción, se encuentra muy limitado porque solo se centra en los

aspectos negativos y prohibitivos de la sexualidad, creando un concepto negativo y erróneo sobre ella (Balzarini, Shumlich, Kohut, y Campbell, 2020). Desde el punto de vista pedagógico es insuficiente y su impacto en la salud tiene un corto espacio temporal (Parker, Wellings, y Lazarus, 2009). Ha sido el modelo más utilizado por su rentabilidad económica y su visión dirigida a proteger la salud pública, pero no ha conseguido cambiar las conductas y actitudes negativas hacia la sexualidad y contribuye a categorizar perjudicialmente y a estereotipar comportamientos sexuales y colectivos sociales (Shobo, 2007). Por tanto, necesita combinar esta visión sanitaria con la pedagógica para poder alcanzar los objetivos marcados, resaltando también la existencia de los aspectos positivos (Steadman, et al., 2014).

2.2.2. Modelo moral

Este modelo es conocido por diferentes denominaciones como educación en la abstinencia, en el respeto y en el carácter hacia la sexualidad y también como la educación matrimonial y en el amor a los demás (Bay-Cheng, 2015). Este enfoque surgió de la reacción de bloques más conservadores que querían controlar la enseñanza de los valores que se estaban impartiendo en educación sexual (Parker et al., 2009). Desde esta perspectiva el marco conceptual de la educación sexual es entendido como un medio para evitar riesgos sexuales promoviendo exclusivamente el estamento del matrimonio y el amor entre parejas heterosexuales monogámicas (Paiva, y Silva, 2015). La vivencia del placer fue postergada y se recalcó la importancia del fin reproductivo para formar una familia e incluso se señala qué conductas son apropiadas y cuáles no (Nadal et al., 2015).

Sus principales objetivos son fortalecer la entidad del matrimonio heterosexual basado en una moralidad impuesta y sobre todo religiosa (Bay-Cheng, 2015), en el caso de España fundamentada en la religión católica.

Los contenidos se adscriben a la modelación del carácter para evitar las relaciones sexuales antes del matrimonio a través de la abstinencia sexual y así evitar la transmisión de enfermedades sexuales (Paiva, y Silva, 2015). No obstante, la anticoncepción, las diferentes identidades de género, el placer y las respuestas sexuales son temas que no entran en el currículum impuesto por este modelo (Kirby, 1999).

La metodología que se emplea es exponer de manera directa las actuaciones sexuales que deben llevarse a cabo (Foucault, 1978). Los padres se encargan de transmitir estos valores religiosos y éticos y la iglesia y el colegio se encargan de complementar los ideales transmitidos en relación con el comportamiento dentro de la familia que han tendido a ser mayoritariamente heterosexual, desvalorizando las demás orientaciones sexuales (López Sánchez, 2005).

Este modelo es seguido en los centros escolares religiosos y en centros privados de grupos laicos conservadores (Parker et al., 2009). Además, también es impuesto de manera directa en programas de educación sexual de diversos países, sobre todo en los continentes asiático, africano y en América del Sur (Ngidi, Moyo, Zulu, Adam, y Naidu, 2016).

El dilema de este modelo es que la visión que ofrece está limitada a los conceptos que quieren impartir, reduciendo la perspectiva científica de la sexualidad a un grupo de conceptos de adoctrinamiento moral (Mudhovozi, 2011). El problema es que al igual que el modelo de riegos, este modelo es asociado a una concepción negativa de la sexualidad, en este caso a los términos de lujuria o pecado (Mutinta et al., 2014). Este modelo genera sentimientos de frustración, culpa o ansiedad al considerar que el único fin de la sexualidad es la reproducción, sin olvidar la aversiva visión que tiene hacia las distintas identidades y orientaciones sexuales (Van Anders, 2015). Además, se ha constatado que la perspectiva única de la abstinencia no disminuye las conductas de riesgo sexual e incluso puede aumentar el mantenimiento de relaciones desprotegidas (Christopher, y Roosa, 1990; Miller et al., 1993; Mosher, y Cross, 1971). Tal vez el único aspecto positivo sea que intenta introducir contenidos afectivos y sociales al considerar a la familia como una variable fundamental en el desarrollo de la sexualidad de los hijos (Fallas et al., 2012).

2.2.3. Modelo revolucionario o de liberación de la Educación Sexual

Este movimiento surgió en Alemania en el año 1930 promovido por Wilhelm Reich. Su ideología surgió de los movimientos políticos comunistas del pensamiento de Marx y de las ideologías psicoanalistas de Freud (Fallas et al., 2012). López Sánchez (2005) resume esta nueva metodología para afrontar la educación sexual desde la premisa de que el pensamiento impulsado por este movimiento buscaba eliminar los prejuicios creados en torno a la represión sexual que había sido impuesta por las clases dominantes.

El objetivo de este movimiento es conseguir una revolución desde una perspectiva social y sexual, siendo la metodología educativa basada en la liberación sexual el mecanismo para lograrlo (Gagnon, y Simon, 2017).

Los contenidos se relacionan con el aprendizaje de una sexualidad satisfactoria y saludable (Helmer, Senior, Davison, y Vodic, 2015). La información incluida son aspectos anatomofisiológicos, anticoncepción, deseo sexual, derecho a la libertad sexual y valoración del impacto de las clases dominantes en la perspectiva familiar, individual y social (Fallas et al., 2012).

La metodología necesaria debe incluir la educación sexual formativamente en los currículos educativos para contrarrestar el currículum oculto derivado de la moral establecida a lo largo de la historia y basada en el respeto de los Derechos Humanos (Parker et al., 2009). Para ello usa técnicas activas como debates, mesas redondas, grupos de discusión, sindicatos, servicios comunitarios y movilización social a través de mensajes comunicativos (Heras, y Ortega, 2020).

La valoración de este modelo es positiva porque incluye ideas liberadoras hacia la sexualidad humana, plantea la educación sexual como un derecho, reconoce la igualdad de género y el respeto legítimo a la diversidad sexual (Fallas et al., 2012). Además, añade perspectivas sanitarias que se focalizan en garantizar el placer de una manera saludable, incluyendo la anticoncepción (López Sánchez, 2005). No obstante, al resaltar por encima de todos los temas la defensa de los movimientos de lucha y el placer, ha relegado los conceptos afectivos de las relaciones interpersonales. Por consiguiente, no respeta otras visiones saludables hacia la sexualidad que sean diferentes a las de su modelo (Fallas, 2009).

2.2.4. Modelo biográfico y profesional

Este modelo de origen sueco surge a mediados de los años sesenta, incorporando de manera transversal la perspectiva pedagógica y conceptual positiva hacia la sexualidad de los modelos anteriores (Stevens et al., 2013). Los contenidos vinculados a la propuesta del modelo de riesgos han ido dirigidos a garantizar el enfoque profesional educativo en la transmisión de conocimientos (Steadman et al., 2014). Desde el modelo moral se integró la propuesta didáctica de resaltar el rol de la familia (López Sánchez, 2005). Finalmente,

desde el modelo revolucionario se añadió la visión de defensa de los derechos sexuales humanos (López Sánchez, 2005). No obstante, la visión de este modelo biográfico y profesional concuerda con una visión respetuosa y saludable hacia la sexualidad adaptada a la historia de vida individual (Pringle et al., 2017). Se fundamenta en la ideología de la democracia en la que se garantiza el derecho y el respeto a la diversidad sexual y que se encuentra asentada en las evidencias del conocimiento científico (Fallas, 2009).

El principal enfoque conceptual es promover y mejorar comprensivamente el bienestar a través de la búsqueda de experiencias sexuales saludables (Gagnon, y Simon, 2017). Para ello, la sexualidad es reconocida como un derecho inherente a los seres humanos en el que se reconoce la diversidad sexual y se estimula el pensamiento crítico a través de una orientación profesional que contribuye a la promoción de un bienestar individual y social (Castillo, Derluyn, y Valcke, 2018).

La metodología empleada es activa. Las personas toman sus propias decisiones y se centra en ofrecer una educación que empieza en los primeros años de vida (Walker, 2014). Los núcleos de formadores deben ser las familias y los centros educativos desde un enfoque en el que se coordinen sus actuaciones (Fallas et al., 2012). La enseñanza de la educación sexual no se realiza desde una asignatura, sino que es un proceso de aprendizaje transversal integrado en el plan de estudios que pretende transcender más allá del currículo escolar (Castillo et al., 2018). El rol que debe ser asumido por los docentes es el de mediadores, comprendiendo que sus acciones se centran en la biografía sexual que los alumnos tienen para procurar garantizar su bienestar personal y social (Heras et al., 2016).

La valoración del modelo propuesto por López Sánchez (2005) se diferencia de los anteriores por ser participativo y no normativo. El propio alumnado es el que construye la visión sobre la sexualidad humana, decidiendo de una manera crítica y activa como expresar y vivir su sexualidad (Paiva, y Silva, 2015). El papel del profesorado y de los educadores es guiar el aprendizaje de los estudiantes para generar una verdadera adhesión propia hacia comportamientos y actitudes positivas hacia la sexualidad (Stevens et al., 2013).

A su vez, la familia y la formación impartida en los centros educativos son reconocidas como los principales mediadores para contribuir a la orientación del aprendizaje del alumnado (Steadman et al., 2014). Otro aspecto muy importante es que

tienen en cuenta el desarrollo de actitudes erotofílicas y la limitación de actitudes erotofóbicas, fomentando una perspectiva más beneficiosa de la sexualidad (Fisher, Byrne, White, y Kelley, 1988; Gómez et al., 2016; Sierra, Perla, y Santos-Iglesias, 2011).

La implantación completa de este modelo en el currículo actual resulta utópica debido a las limitaciones existentes en el sistema educativo (Heras et al., 2016). Heras y Lara (2009) señalaron que para hacer efectiva esta integración es necesario que el profesorado se forme en este modelo de una manera holística que le permita asumir sus prejuicios y la heteronormatividad social en la que vive, antes de que imparta la educación. La dificultad de esta formación recae en la falta de profesionales formados en este tema y en la inversión presupuestaria y temporal que debería hacerse para conseguir anexarla fiablemente en los planes de estudio (Castillo et al., 2018). Además, para que la formación sea eficiente y eficaz es necesario trabajar desde un modelo interdisciplinar que coordine a los distintos profesionales que se encuentran en el centro para que trabajen en equipo (Eisenberg, Bernat, Bearinger, y Resnick, 2008).

Según Gómez et al. (2016), a pesar de que este modelo exija una reestructuración del sistema educativo y la formación docente, es fundamental su implantación pedagógica si queremos que se produzcan cambios en los comportamientos y en las actitudes que sean válidos, fiables y duraderos a largo plazo. No obstante, esto no limita que este modelo sea mejorado con otras perspectivas enriquecedoras de la sexualidad que se adapten a los contextos históricos y socioculturales (Barragán, 1995; López Soler, 2003).

Desde esta investigación consideramos este modelo educativo, biográfico y profesional como la propuesta a seguir en la implantación curricular de la Educación Sexual (Martínez et al., 2011). Por la repercusión y trascendencia en la Tabla 8 se presenta un resumen de este modelo biográfico y profesional propuesto por Fallas (2009).

Tabla 8.

Modelo biográfico y profesional de Fallas (2009).

Marco teórico	Objetivos	Metodología	Valoración
- Concepto más positivo. - Salud igual a bienestar y promoción de la calidad de vida. - Vivencia sexual como derecho. - Información para mejor calidad de vida sexual. - Derecho a la diversidad. - Legislación. - Sexualidad = dimensión personal. - Libertad y ética relacional.	- Aceptación positiva de la propia identidad sexual. - Aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan vivir las diversas posibilidades de la sexualidad en cada etapa de la vida. - Adquirir: a. Conocimientos. b. Habilidades. c. Actitudes erotofílicas y tolerantes. d. Ética básica.	La persona con un papel activo como sujeto de derechos y decisiones. La familia. Los docentes. Derecho a la propia biografía. Mediadores/ Mediadoras.	- Consideración de los principales aportes de los tres modelos anteriormente descritos. - Aceptación de la diversidad de los seres humanos. - Respeto a los derechos y valores de las diversas biografías sexuales.

Fuente: Fallas, Artavia, y Gamboa, (2012 p. 65).

También puede encontrarse otra clasificación de modelos educativos sexuales negativos basados en que no haya educación sexual en la escuela.

3. MARCO NORMATIVO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

El contenido impartido en educación sexual es muy variable a nivel mundial. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y las organizaciones mundiales han pedido reiteradamente a los gobiernos que mejoren el acceso equitativo a programas sanitarios y educativos (Haberland, y Rogow, 2015). Estas desigualdades existentes por países siguen siendo acusadas e influyen negativamente en la salud de sus residentes (Boonstra, 2015). En países emergentes las medidas educativas continúan estando supeditadas a políticas de abstención sexual o basadas en la moral religiosa de las naciones que a veces legitiman el sexismo y la discriminación hacia las minorías sexuales. Además, su principal finalidad suele ser evitar la transmisión de enfermedades sexuales (Boonstra, 2015; Haberland, y Rogow, 2015). La dificultad de abordar mundialmente este tema precisa del establecimiento de estrategias colaborativas de Salud Global entre los distintos países (Jamison et al., 2013). Debido a que el análisis de nuestra investigación se centra en dos países europeos (España y Reino Unido) vamos a resumir las políticas en Educación Sexual de este continente, y más específicamente, la de estos dos países.

La educación sexual en Europa tiene más de medio siglo de historia. Suecia fue el primer país en 1955 en añadirla a su currículum educativo (Parker et al., 2009). Posteriormente, entre los años 1970 a 1980, Finlandia y otros países nórdicos la incorporaron progresivamente en sus planes de estudio. Más adelante, entre la década de los 90 y el año 2000, se sumarían sucesivamente a esta propuesta, por orden de incorporación en su currículo escolar, Francia, Reino Unido, Portugal, España, Estonia, Ucrania y Armenia. Por último, en el año 2003, se sumaría Irlanda y el resto de los países europeos de manera progresiva (EEGSE, 2016).

Para conocer las propuestas educativas de cada país es necesario analizar el currículum, su enfoque y la metodología de su enseñanza (Parker et al., 2009). En general en los países mediterráneos y de Europa del Este ha primado la visión biologicista influenciada por las ideologías morales del país, frente a una visión más profesionalizada e individualizada que ha sido impartida en los países nórdicos (Loeber et al., 2010). El organismo encargado en la mayoría de los países europeos de su regulación ha sido el equivalente al Ministerio de Educación en España, en relación con otros ministerios como los de Asuntos Sociales o Sanidad y en cooperación con sus departamentos (Boonstra,

2015). Otro apartado que revolucionó la importancia de la integración de la educación sexual en Europa fue la preocupación del contagio del VIH, tras su declaración de pandemia en la década de los 80, que llevó a los gobiernos a desarrollar estrategias dentro de los programas de educación para la salud, para evitar la transmisión de esta enfermedad (Ketting, y Winkelmann, 2013).

El método didáctico más empleado ha sido la enseñanza de pares en el aula y los recursos materiales utilizados tienden a actualizarse de manera continuada y científica a través de la literatura previa publicada y avalada por la Unión Europea y/o los gobiernos de cada país (Parker et al., 2009). No obstante, la metodología didáctica con enfoque interactivo ha sido la más eficiente en Europa (Preston, 2013). Otro aspecto común en los países europeos es que normalmente maestros y profesores suelen impartir la educación sexual. Sin embargo, a menudo voluntarios y personal de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) son contratados por las escuelas para proporcionar esta educación o complementarla (Ketting, y Winkelmann, 2013). De esta manera puede producirse un distanciamiento científico de estas enseñanzas, porque además raramente profesionales de la salud participan en estas formaciones. Por otro lado, involucrar a los servicios locales de salud sexual, permite que esta sea más efectiva al comprender el entorno que les rodea fuera del aula (Parker et al., 2009).

A nivel transnacional se han presentado factores comunes que influyen en su implementación como pueden ser la diferencia entre zonas urbanas y rurales, las distintas identidades religiosas y la diversidad cultural existente gracias a la riqueza migratoria de una sociedad globalizada (Wilentz, 2016). Por ejemplo, las personas que viven en las zonas rurales, que pertenecen a minorías religiosas dentro del país y que son inmigrantes, se encuentran con un menor acceso a los recursos educativos y sanitarios (Haberland, y Rogow, 2015).

Por consiguiente, la educación sexual en Europa es un tema muy controvertido y presenta los mismos problemas que los países que la tienen implantada de manera individualizada a mayor escala, por lo cual, según Vanwesenbeeck, Flink, van Reeuwijk, y Westeneng (2019) es necesario un abordaje global basado en los Derechos Sexuales para conciliar:

- Las opiniones políticas.
- Defender proactivamente en los medios de comunicación la vivencia de una sexualidad saludable.
- Estrategias legislativas y educativas transfronterizas (Salud Global).
- Intervenciones educativas científicas y críticas que conduzcan a una mayor concienciación social.
- La planificación de estrategias sanitarias globales ante crisis relacionadas con la sexualidad.
- La creación de programas educativos sostenibles que incluyan la sexualidad de manera integral.
- La regulación de su currículum de manera transversal y la formación del profesorado y otros profesionales para que adquieran las competencias en educación sexual para su impartición.
- La inclusión de contextos cotidianos, a través de actividades en la comunidad y con la familia, para poder impartir una educación sexual completa.

A continuación, vamos a centrarnos específicamente en el marco educativo de España y en el de Reino Unido porque se relaciona con la muestra analizada en nuestro trabajo de investigación.

3.1. La regulación de la Educación Sexual en España

España ha sido un país católico con amplias diferencias culturales por región que han interferido en la implantación de esta enseñanza. La visión católica ha influido en cuestiones de anticoncepción, diversidad sexual y aborto. Sin embargo, socialmente cada vez hay un mayor grado de aceptación y petición popular de la adhesión curricular de la educación sexual (Parker et al., 2009). El gobierno español no ha establecido un currículum normativo mínimo y los contenidos de educación sexual se encuentran diluidos implícitamente en sus leyes. Además, en su plan de estudios nacional no se ha regulado la impartición de una asignatura escolar obligatoria (Bejarano, y García, 2016). No obstante, una variada red de ONG y entidades están involucradas en esta educación, donde proporcionan perspectivas que van desde las centradas en la abstinencia sexual hasta enfoques emocionales más amplios según las características de la asociación (Parker et al.,

2009). De forma general se considera que hay una diferencia acusada negativamente en la formación en educación sexual en las zonas rurales frente a las urbanas. A pesar de haberse producido un mayor compromiso educativo, la mayoría de los estudiantes españoles siguen aprendiendo conocimientos sobre la sexualidad en medios informales como son la familia, amigos o a través de Internet en webs no avaladas científicamente (Bejarano, y García, 2016).

Por otro lado, en España las campañas educativas sobre sexualidad se implantaron desde una visión sanitaria para controlar las ITS, con especial incidencia en el VIH que han sido insuficientes porque los adolescentes, personas del colectivo LGTBIQ+, inmigrantes, consumidores de drogas intravenosas y trabajadores sexuales siguen siendo los que presentan tasas más altas de contagio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003; WHO, 2019). Teniendo en cuenta estos aspectos claves vamos a explicar la regulación en el currículum normativo español en la escuela y en las universidades.

3.1.1. Regulación de la Educación Sexual en el currículum escolar en España

El currículum escolar español en sexualidad está supeditado a los programas del Ministerio de Educación y Formación Profesional que han aparecido con diferentes denominaciones a lo largo de estos últimos treinta años. En todas las leyes educativas se incluyen obligatoriamente el estudio del desarrollo sexual humano, la reproducción y el control de ITS.

Tras la aprobación de la LOGSE (Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo), la educación sexual fue contemplada dentro del currículum de Educación para la Salud, apareciendo su denominación por primera vez en la legislación educativa. Aunque hay que destacar que la Comunidad de las Islas Canarias introdujo carpetas didácticas con la denominación de Educación Afectivo-Sexual coordinadas por el Colectivo Harimaguada de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria (Colectivo Harimaguada, y López Sánchez, 1994). Los contenidos sobre educación sexual y afectiva se incorporaron a través del apartado de Temas Transversales, dando un enfoque más centrado en la educación en valores (igualdad entre sexos, estereotipos, roles de género, etc.) y contextualizaron los problemas actuales, evitando la parcelación de la impartición de los contenidos en el currículum (Gavidia, Aguilar, y

Carratalá, 2011). La problemática de esta ley es que trataba los contenidos de la afectividad y de la sexualidad de manera ambigua, al no mencionarlos explícitamente.

Posteriormente, la LOCE (Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación), recoge contenidos relacionados con la igualdad, pero no se plasman contenidos relacionados con la sexualidad, la afectividad y el lenguaje inclusivo, pudiendo observarse un claro retroceso en cuanto a la Educación Sexual con respecto a la LOGSE (Bejarano et al., 2016). No obstante, esta ley no llegó a desarrollarse.

En la LOE (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación) se incorporaron las Competencias Básicas que permitían a las Comunidades Autónomas añadir otras competencias. La Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha añadió la Competencia Emocional que incluye contenidos relacionados con la afectividad y por tanto con la Educación Sexual Completa, volviendo a una visión integradora en la que se incorporaban valores de igualdad, de libertad y de prevención de actitudes sexistas (Decreto 67/2007). Con esta normativa legal se buscaba generar ciudadanos críticos y respetuosos, a través de la educación (Gavidia et al., 2011).

La LOMCE (Ley Orgánica, 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa) sustituye las ocho Competencias Básicas y la Competencia Emocional de Castilla la Mancha por siete Competencias Clave. La Educación Sexual es incluida a partir del empleo de un lenguaje inclusivo, de la visualización de la diversidad familiar y de la educación en valores de tolerancia, igualdad, respeto y libertad. La limitación de esta ley radica en la falta de mención entre la igualdad de oportunidades y de equidad entre ambos sexos (Bejarano et al., 2016).

La nueva ley educativa, la LOMLOE (Ley Orgánica 3/2020 de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2 de 2006), promueve una educación de calidad para todo el alumnado, sin que exista ningún tipo de discriminación por diversidad sexual, orientación sexual, identidad sexual o sexo, tanto en sus fines como en cada una de las etapas educativas. En ella se adopta un enfoque de igualdad de género a través de la coeducación en todo el sistema educativo. Sin embargo, habrá que esperar al desarrollo normativo de la ley a través de sus reales decretos en cada etapa para ver cómo realmente se van abordando tanto la coeducación como la educación sexual.

Aunque la nueva ley educativa aún no ha tenido tiempo de desarrollarse, podemos ver que, hasta el momento, la educación sexual reglada en el currículum escolar ha permanecido ligada a los contenidos teórico-práctico de carácter biológico y no se ha relacionado con la dimensión afectiva de manera explícita y la información recibida de apoyo ha sido impartida por las ONG o por personas elegidas por la institución educativa. Además, esta educación no se relaciona con la importancia que los movimientos en defensa de la igualdad de género y de la diversidad sexual están consiguiendo en los medios de comunicación. Esta forma de impartición en la educación secundaria y de no abordaje en la educación infantil y primaria pone en riesgo a los infantes porque crea lagunas en el conocimiento de esta temática y la no adquisición de hábitos saludables (Berajano et al., 2016). La existencia de un currículum no reglado de manera explícita invisibiliza la sexualidad y la convierte en un tema tabú que pone en riesgo a los alumnos y no les ayuda a generar actitudes y comportamientos más positivos.

3.1.2. Regulación de la Educación Sexual en los planes de estudio universitarios en España

En cuanto a las leyes universitarias reguladas actualmente por el Ministerio de Universidades no se ha encontrado ningún aspecto que mencione explícitamente la educación sexual, quedando amparada en los Derechos Humanos y en las leyes generales que deben cumplir todas las personas de la nación española, por ejemplo, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. No obstante, la actual LOMLOU (Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades) menciona explícitamente el respeto a la igualdad de género e impulsa la creación de estructuras para garantizar la igualdad efectiva en el ámbito universitario. A partir de esto a través de resoluciones rectorales se están constituyendo Unidades de Igualdad en el ámbito nacional y desarrollando planes de igualdad para garantizar entre otros: la paridad de plazas del profesorado y la redacción de estudios y propuestas para promover la igualdad efectiva en la Universidad, así como favorecer la adopción de la legislación nacional que regula estas temáticas y contribuyen a este propósito (Martín, 2018). Por otro lado, debemos reconocer que en esta ley en su duodécima disposición adicional se indica que: *“las universidades*

contarán entre sus estructuras de organización con unidades de igualdad para el desarrollo de las funciones relacionadas con el principio de igualdad entre hombres y mujeres”. Además, en el artículo 46 en el apartado 2, se modificó el párrafo b) y se añadieron los párrafos i), j) y k), haciéndose especialmente hincapié en los párrafos b), g) y j) en el derecho a la igualdad de oportunidades por sexo, a la libertad de expresión y asociación y a no recibir un trato sexista, como se muestra a continuación:

Artículo 46. Derechos y deberes de los estudiantes

2. Los Estatutos y normas de organización y funcionamiento desarrollarán los derechos y los deberes de los estudiantes, así como los mecanismos para su garantía. En los términos establecidos por el ordenamiento jurídico, los estudiantes tendrán derecho a:

b) La igualdad de oportunidades y no discriminación por razones de sexo, raza, religión o discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social en el acceso a la universidad, ingreso en los centros, permanencia en la universidad y ejercicio de sus derechos académicos.

g) La libertad de expresión, de reunión y de asociación en el ámbito universitario.

i) Obtener reconocimiento académico por su participación en actividades universitarias culturales, deportivas, de representación estudiantil, solidarias y de cooperación.

j) Recibir un trato no sexista.

k) Una atención que facilite compaginar los estudios con la actividad laboral.

La Declaración de Bolonia (1999) sentó las bases para la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que comenzó a hacer realidad a partir del 2010, lo cual ha supuesto un reto para las universidades. Desde la entrada de España en la Unión Europea en 1986 y la adhesión y transición al plan universitario de Bolonia iniciada en 1999, no se han producido grandes cambios en la impartición de la educación sexual en las instituciones universitarias, a pesar de que este hito en la formación académica superior europea ha permitido el intercambio profesional y ha mejorado la calidad interdisciplinar. Esta nueva ordenación académica superior fue inicialmente regulada en España bajo lo establecido en el Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias

de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional y en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, para adaptarse al Espacio Europeo de Educación Superior (derogado recientemente por el Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad).

No obstante, en España durante la década de los setenta y ochenta, profesionales especializados en educación sexual impulsaron desde la universidad la formación de educadores, la publicación de literatura relevante en cuanto a recursos y metodología para su enseñanza y la realización de eventos científicos especializados en esta temática (Martínez et al., 2013). Concretamente, debido a la presión educativa ejercida desde la universidad y la declaración del VIH como pandemia mundial en 1981, hizo que el Ministerio de Educación y Ciencia publicara en 1989 un Plan de Investigación Educativa y de Formación del Profesorado en el que se mencionó en dos programas la necesidad de la coeducación en la igualdad de género y la educación para salud, aunque la educación sexual siguió sin ser explícitamente citada (Martínez et al., 2014).

El grupo de expertos españoles destacados en impulsar esta formación han sido José Luis García en Navarra, Javier Gómez-Zapiain en el País Vasco, Fernando Barragán y el Colectivo Harimaguada en Canarias, que centraron sus esfuerzos en cómo mejorar la formación en educación escolar desde la universidad, centrándose principalmente en los adolescentes y educadores. Además, Félix López y Antonio Fuertes en la Universidad de Salamanca promovieron la implantación de la educación sexual en los currículos de Psicología y Magisterio a través de una asignatura optativa anual y además desarrollaron el primer programa de Doctorado en Sexología, los cuales serían un referente para la creación de esta oferta educativa en otras universidades (López Sánchez, 1990).

En la década siguiente de los 90 a los 2000, la asignatura de Educación afectivo-sexual se impartía en las Universidades de la Laguna y de las Palmas de Gran Canaria en los centros de formación inicial del profesorado (Martínez et al., 2014). Progresivamente, fue apareciendo esta formación de manera optativa en los Grados de Educación Infantil y Educación Primaria en las universidades de Almería, Madrid, Guipúzcoa, La Laguna, León, Salamanca, Zamora, Ávila y Segovia (Martínez et al., 2013).

En otras universidades y carreras humanísticas y sanitarias, la educación sexual empezó a cobrar peso en las asignaturas de Educación para la salud, en valores, cívica y para la igualdad (López Soler, 2003). Actualmente estas opciones siguen siendo insuficientes y están muy condicionadas por la formación del profesorado universitario que las imparta (Rodríguez, Sanabria, Palú, y Cáceres, 2013). Además, podemos seguir comprendiendo que se transmiten parcializadas y sin conexión entre ellas.

Por otro lado, debemos señalar que los cursos de formación continuada impulsados desde las universidades en los centros de profesorado han tendido a incluir, reforzar y aumentar sus enseñanzas en esta temática en colaboración con expertos universitarios, instituciones y asociaciones de sexología que cuentan con equipos multidisciplinares para abordar estos nuevos contextos socioculturales (Martínez et al., 2014). Esta falta de formación reglada obligatoria en el profesorado y en el alumnado está contribuyendo a que permanezca oculto en el currículum y a la transmisión de actitudes negativas hacia la sexualidad (Cárdenas, 2015). Por ejemplo, en el estudio realizado por Martínez et al. (2011) se valoró cuantitativamente la educación sexual de 3.760 de maestros de infantil, primaria, secundaria y bachillerato mostrando que únicamente habían recibido formación universitaria el 12% y un 25% formación continuada. Además, en este estudio se encontraron diferencias por sexo, edad y etapa educativa, siendo el profesorado femenino de educación infantil y primaria el que tenía una mayor formación en comparación con el resto de los participantes de la muestra. Curiosamente, según Martínez et al. (2011), el profesorado que presentó un porcentaje más elevado de formación en educación sexual en la Universidad fueron los docentes de Castilla y León con un porcentaje del 23,5%.

Como hemos podido analizar, a pesar de la incorporación al EEES la formación de los futuros docentes y profesionales universitarios en sexualidad sigue siendo escasa, parcializada y heterogénea, debido a que es impartida como asignaturas optativas o como contenidos transversales, restringiendo la relevancia de este tema. Aunque debemos reconocer que se ha producido un avance dentro de la educación en la igualdad de género, creemos que esto obedece más a un cambio social. La universidad como institución debe adelantarse y centrarse en ser un modelo que lidere acciones educativas orientadas a transmitir estrategias saludables hacia la sexualidad.

Finalmente, en la Tabla 9 resumimos las dificultades a las que debe enfrentarse la formación básica del profesorado universitario en Educación Sexual.

Tabla 9.

Problemas de formación básica del profesorado universitario en Educación Sexual.

Obstáculos	Soluciones
Escasa	Regularla en el plan de estudios universitarios y formar específicamente a los profesionales docentes en este tema.
Dispersa	Establecer criterios mínimos de la formación exigida, metodologías y modelos educativos que deberían seguirse.
Selectiva	Integrarla en las asignaturas del grado y máster para evitar que sea optativa o que solo esté presente en determinadas carreras.
Heterogénea	Interrelacionar los contenidos parcializados biológicos, psicológicos y sociales de manera interdisciplinaria.

Fuente: elaboración propia a partir de Martínez et al (2011), Martínez et al. (2013) y Martínez et al. (2014).

Tras comprender la situación legislativa española, podemos afirmar que la Educación Sexual precisa incorporar sus contenidos de manera transversal en su legislación, en los programas educativos y en las propuestas curriculares de las diferentes asignaturas. Pese a las recomendaciones de organismos internacionales como la UNESCO (2018), a nivel legislativo esta formación en España se sigue impartiendo de manera parcializada desde un modelo biologicista, reduciéndola a contenidos fisiológicos y anatómicos, separándola de la afectividad y de los aspectos cívicos y morales. Por tanto, debe afrontarse el reto de su regulación legal para garantizar su formación educativa, ya que la sexualidad es un derecho universal (Fallas et al., 2012).

3.2. La regulación de la Educación Sexual en Reino Unido

Según Parker et al. (2009) tras un período creciente de los derechos humanos después de la Segunda Guerra Mundial, en la década de 1980 se produjo un retroceso en el acceso a los anticonceptivos, se endurecieron las leyes del aborto y se limitaron los derechos del colectivo homosexual en Europa, y por consiguiente en Reino Unido.

Según el Eurostat (2017), Reino Unido tuvo la sexta mayor proporción de nacimientos de primeros hijos de madres adolescentes de Europa con un 5.4% frente a España con un porcentaje de 2.6% y se encuentra en el puesto dieciocho, según las encuestas realizadas por última vez en 2015, superando la media europea de 4%.

Desde 1999 Inglaterra ha tenido una de las tasas más altas de embarazos adolescentes de Europa que ha llevado a que desarrollen estrategias nacionales específicas a esta situación que continúan siendo insuficientes. Desde 2001 se han establecido estrategias nacionales para la salud sexual con especial incidencia en el VIH (Department of Health, 2006; Parker et al., 2009). Actualmente, estas enseñanzas están integradas en el currículum, aunque no cumplen con los criterios competenciales en educación en sexualidad establecidos por la WAS (2014) para su abordaje (Department of Health, 2021). A nivel social esta educación goza de un fuerte apoyo por la mayor parte de la población y cada vez cobra más importancia dentro de la escuela, organizaciones públicas y privadas y en las campañas publicitarias.

3.2.1. Regulación de la Educación Sexual en el currículum escolar en Reino Unido

Desde 1996 se estableció la obligatoriedad de impartir en el currículum nacional contenidos sobre la reproducción humana y la prevención de ITS y en años posteriores se introdujo como asignatura optativa en ciertos colegios públicos. El 1 de marzo de 2017, el Departamento de Educación expresó la intención de cambiar la terminología “Sex and Relation Education” (Educación Sexual y Relaciones) por “Relation and Sex Education” (Relaciones y Educación Sexual) estableciéndose en la Sección 34 de la Ley de Niños y Trabajo Social de 2017 (Children and Social Work Act, 2017) su enseñanza en todas las escuelas de Reino Unido (Department of Education, 2021). Los cambios incluidos en esta ley que entraron en vigor en septiembre de 2020 han convertido esta asignatura en obligatoria a partir de los 11 años en adelante, regulada en el Reglamento de “Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education” (Educación en Relaciones, Educación en Relaciones y Sexual (RSE) y Educación en Salud). En ella se recoge la enseñanza sexual sobre el apego en la familia, las relaciones humanas saludables con amigos y pareja, el respeto a otras identidades y orientaciones sexuales, comportamientos y actitudes saludables, bienestar físico y mental, regulación de los peligros online y aprender a estar seguro y los recursos disponibles de ayuda. También recalca que no incita a la iniciación sexual ni a ninguna identidad y orientación sexual y que solo promueve el desarrollo sexual saludable.

Además, será obligatorio que todas las escuelas tengan reglamentos que regulen la educación sexual, exigiendo a los educadores que reconozcan como legal el matrimonio con personas de otros sexos y a los padres a que sean formados en educación sexual en el colegio si así lo solicitan. Asimismo, los aspectos biológicos del crecimiento humano y la reproducción serán de obligado aprendizaje por ley porque se consideran aspectos esenciales del currículum Nacional de Ciencias y no podrán ser privados a ningún alumno. Sin embargo, los padres tendrán el derecho a retirar a sus hijos del aprendizaje de los contenidos no obligatorios de estos programas hasta los 16 años, en los que los adolescentes podrán decidir sobre esta cuestión. Finalmente, otra limitación es que se otorga flexibilidad para que las escuelas religiosas adapten estos contenidos según su visión educativa (Department of Education, 2021).

3.2.2. Regulación de la Educación Sexual en los planes de estudio universitarios en Reino Unido

Al igual que en España, las universidades de Reino Unido están adheridas a la Declaración de Bolonia desde el 19 de junio de 1999, por la que se rige el Espacio Europeo de Educación Superior. En esta se reconoce el derecho de la universidad a la libertad de investigación y enseñanza, a la selección de su profesorado, a garantizar un proceso formativo de calidad del estudiante y a favorecer el intercambio entre universidades (Zgaga, 2019). A pesar de que este proceso haya sido muy enriquecedor para el ambiente universitario europeo al unificar las enseñanzas académicas, el reconocimiento del crédito ECTS, el aumento de los programas compartidos y el reconocimiento profesional europeo, no ha tenido ningún impacto en materia de educación sexual (Bird, y Pitman, 2019).

Al igual que en España los programas en Educación Sexual han sido adaptados al contexto actual, pero las asignaturas relacionadas con estas temáticas en los distintos grados continúan siendo mayoritariamente optativas o permanecen vagamente reguladas en las resoluciones rectorales que hacen que algunos contenidos continúen ocultos en el currículum y dependan de la decisión propia de las universidades y de su profesorado, guarecidos principalmente por las leyes nacionales (Ellis, 2009; de Vries, Kathard, y Müller, 2020). Las leyes que regulan principalmente normas sociales son la ley de delitos sexuales (Sexual Offences Act, 2003), la ley de igualdad (Equality Act, 2010), la ley de

matrimonio para parejas del mismo sexo (Marriage (Same Sex Couples) Act, 2013), la ley de matrimonio y unión civil de Escocia (Marriage and Civil Partnership (Scotland) Act, 2014) y la ley de Irlanda del Norte (formación de un ejecutivo etc.) (Northern Ireland (Executive Formation etc) Act, 2019), centradas en la igualdad de género y relacionadas con el derecho a la homosexualidad que finalmente se ha culminado en el 2020 con el derecho al matrimonio de parejas del mismo sexo en todo Reino Unido (Cortina, y Festy, 2020; Aksoy, Carpenter, De Haas, y Tran, 2020). Este mismo derecho se consiguió en todo el territorio español en 2005, a partir de la Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio.

El reglamento político y la metodología pedagógica de la universidad británica se basan en la búsqueda de un alumnado que aprenda de manera independiente, siendo la labor de ayuda del profesorado ejercer de guía durante este proceso. El alumnado creará sus ideas de las normas socioculturales en función de su estudio y del entorno en el que se desarrolle (Leathwood, 2006). Por consiguiente, hay una total ambigüedad en el aprendizaje del alumnado en materia de educación sexual con la única garantía de que han de respetarse los derechos humanos. No obstante, según Bird, y Pitman (2019) hay un ímpetu creciente en los estudiantes universitarios que quieren hacer visible el currículum oculto, mostrando que en la mayoría de las listas de lectura de los planes universitarios están dominados por varones blancos, heterosexuales y eurocéntricos. Estos datos ponen de manifiesto la escasa información sobre diversidad étnica y sexual impartida en las universidades que contribuye al mantenimiento de prejuicios raciales y sexuales. Además, añaden que esta visión llegaba a representar al personal académico encargado de la educación universitaria. Este mismo enfoque es recalado en el estudio de Woods (2010) en el que se expone que la universidad tiene que ser el organismo encargado de la promoción de la salud por su impacto directo en el mercado laboral y educativo. A su vez, este autor considera que es necesario medir las emociones y afectos a través de las actitudes de los profesores porque repercuten en la salud física y mental del alumnado. Sin embargo, este posible impacto apenas ha sido evaluado en los estudiantes de Reino Unido.

Por otro lado, se muestra como la universidad ha intentado implementar su agenda en asuntos de equidad sexual, dando importancia a la creación de asociaciones de igualdad de género y del colectivo LGTBIQ+ en el campus, que han contribuido a generar espacios

más seguros en los que las minorías sexuales se sientan representadas (Ellis, 2009). Esta es una medida muy positiva que está mejorando los derechos del alumnado, pero sigue siendo considerado insuficiente debido al freno de ciertos colectivos conservadores a nivel social.

Finalmente, como en España, el currículum más adaptado a la educación sexual se ha desarrollado en aquellas carreras relacionadas con las ciencias humanas, las sanitarias, la sociología y la filosofía, en las que se incluye la formación del profesorado (Powell, y Sang, 2015). En el resto de las carreras alejadas de estos aspectos humanitarios, como las ingenierías, sigue presente un currículum con actitudes heterosexista que influirá en el desarrollo profesional y en las conductas negativas hacia la sexualidad (Leaper, y Starr, 2019; McLoughlin, 2005). No obstante, los profesionales sanitarios y educativos se consideran no preparados para brindar educación en diversidad de género porque los planes de estudio siguen desactualizados y cuando desempeñan su labor profesional no se sienten preparados para abordarla (de Vries, Kathard, y Müller, 2020).

3.3. Análisis comparativo de Educación Sexual en España y Reino Unido

En ambos países podemos observar una trayectoria evolutiva favorable hacia la educación sexual que ha incluido el aspecto biológico como obligatorio en su enseñanza escolar y los contenidos sobre el género y la diversidad sexual. A nivel escolar la educación sexual en Reino Unido es una asignatura obligatoria, pero los contenidos imprescindibles de aprendizaje son los mismos que están recogidos en el currículo español (Gavidia et al., 2011). Podemos considerar un avance del Reino Unido su especial reconocimiento como asignatura y la formación de los padres, aunque en España en las nuevas legislaciones educativas y competencias ha cobrado especial importancia la igualdad de género (Bejarano, et al., 2016).

Según el Eurostat (2020), Reino Unido y España son el tercero y el cuarto país con más estudiantes universitarios europeos después de Alemania y Francia con una representación del 12.3 % y 10.2 % del total. Según la European Commission en el curso académico 2019-2020, el porcentaje de personas que estaban cursando estudios universitarios por población, en Reino Unido representaba el 3,7% de la población (2.495.800 estudiantes) y en España el 3.3% (1.5483.69 estudiantes). En 2019, el 40% de españoles y el 50% de británicos entre 30 a 34 años habían completado la educación

terciaria, donde el promedio europeo es del 40% y este número aumenta año tras año, indicando que casi un 80% de la población llegará a recibir educación universitaria (Eurostat, 2021). Estos datos soportan la premisa necesaria para impartir estas enseñanzas en la educación superior.

A nivel universitario en ambos países la impartición de educación sexual es similar debido a la uniformidad profesional del currículum europeo (Zgaga, 2019). Podemos comprobar que hace dos décadas su formación era escasa y apenas existían expertos en este campo. Actualmente hay formaciones educativas disponibles en carreras de ciencias de la salud y de la educación, en másteres y programas de doctorado. También es de destacar el esfuerzo de ciertos profesionales en sexualidad del sector universitario para desarrollar la educación sexual en el contexto escolar y en la universidad y que la han convertido en una de las formaciones continuadas de los profesores más importantes dentro de la rama de Educación para la Salud (Martínez et al., 2014).

Podemos considerar a la universidad como una institución promotora de cambios positivos hacia la sexualidad, como ya se ha ejemplificado, favoreciendo el establecimiento de organizaciones que defienden los derechos de las minorías sexuales dentro de los campus universitarios, protocolos anti-acoso, impulso de la paridad en las comisiones de selección del profesorado, etc. (Ellis, 2009; Leaper, y Starr, 2019). No obstante, esta formación sigue estando limitada a determinados sectores y muy supeditada a la formación del profesorado que imparte la asignatura. Este obstáculo ha permitido que ciertas carreras más adheridas a los roles de género y menos centradas en las ciencias humanísticas no mencionen las enseñanzas en salud sexual en sus planes de estudio (de Vries et al., 2020).

A continuación, en las Tablas 10 y 11, se muestran comparativamente las diferencias y similitudes de educación sexual escolar y universitaria entre España y Reino Unido.

Tabla 10.

Diferencias y similitudes de la educación sexual escolar en España y Reino Unido.

EDUCACIÓN SEXUAL ESCOLAR		
País	Similitudes	Diferencias
España	En ambos países está regulada la enseñanza de la reproducción y el desarrollo humano en el Currículo Nacional Educativo y es de obligado aprendizaje. Fomentan las leyes de igualdad de derechos sexuales. La educación sexual y sus derechos impartidos escolarmente están supeditados a las leyes nacionales.	Los contenidos se presentan de manera parcializada en diferentes asignaturas y sin ninguna conexión directa entre ella. No existe ninguna asignatura específica en relación con la temática. Las ONG se encargan de ejercer de apoyo en la educación sexual en aquellos centros que se solicite. Pudiendo ser asociaciones de cualquier ideología, aunque las mayoritarias suelen ser Cruz Roja o Proyecto Hombre.
Reino Unido	Libertad de adaptación de la educación sexual en los colegios religiosos si cumplen con los mínimos requisitos exigidos en la legislación. Los contenidos en sexualidad son impartidos sin relación entre ellos. No existe una transversalidad real entre las asignaturas y módulos. Existe cierta libertad por Comunidades Autónomas en como adaptar estos contenidos siendo más progresistas en unas frente a otras. Lo mismo en Reino Unido, pero por países, aunque estos gozan de mayor libertad curricular que las Comunidades Autónomas. Falta de formación continuada del profesorado en esta temática y muy diferenciada según la carrera previa y los intereses del profesor.	Asignatura propia obligatoria reconocida en el currículum escolar desde los 11 años en adelante. Esta asignatura incluye el apartado de sexualidad y relaciones como aspectos muy importantes de la educación sexual, aunque no sean obligatorios. Obligación de inclusión en el reglamento y las políticas escolares de cada colegio. Los alumnos en el curso que vayan a cumplir los 16 años podrán optar por decidir por sí mismos si quieren cursarla o no, aunque no tengan el consentimiento de los padres o tutores legales. Obligación de dar educación sexual a los padres que la soliciten y dar consejos al alumnado de como informarse sobre el tema. Obligación a que todas las instituciones y centros escolares reconozca las relaciones entre personas del mismo sexo como legítimas y saludables, aunque sus ideales estén en contra. Reconocimiento específico de que la Educación Sexual es una formación necesaria en Educación para la Salud y no promueve la promiscuidad y ninguna orientación sexual.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 11.

Diferencias y similitudes de la educación sexual universitaria en España y Reino Unido.

EDUCACIÓN SEXUAL UNIVERSITARIA		
País	Similitudes	Diferencias
España	Ambos siguen los reglamentos establecidos en las leyes nacionales de sus países que respetan los Derechos Humanos.	
	Buscan garantizar la no discriminación por sexo, género y orientación sexual.	Movilización y reforma de la universidad orientada a la igualdad de género en todos los sectores.
	Defienden los derechos de las minorías sexuales dentro de los campus universitarios, creación de Unidades de Igualdad, protocolos anti-acoso, impulso de la paridad en las comisiones de selección del profesorado, etc.	Creación de oferta educativa por expertos universitarios en sexualidad con especial incidencia en la formación del alumnado de profesiones de la enseñanza y sanitarios.
	Están adheridas al plan universitario de Bolonia que rige el Espacio Europeo de Educación Superior, en el que se reconoce el derecho de la universidad a la libertad de enseñanza e investigación si cumple los procesos de calidad educativos.	Favorecer el acceso a formación continuada en sexualidad al profesorado universitario.
	Suelen ser las encargadas de dar formación continuada al profesorado y otros sectores que lo requieran.	
	Ciertos grupos de expertos en sexualidad de la universidad han impulsado su formación entre los profesores universitarios y también en la formación en educación sexual en la escuela.	
Reino Unido	Implantación de programas de máster y doctorado especializados en sexualidad.	Mayor evaluación de las influencias socioculturales en la visión de la sexualidad.
	Formación dependiente de los estudios académicos cursados y de las experiencias profesionales de los profesores universitarios.	Creación de asociaciones feministas y LGTBIQ+ dentro de los campus universitarios que sean representativas de los derechos de las minorías sexuales.

Fuente: elaboración propia.

La regulación de la Educación Sexual en el currículum escolar y universitario está supeditada a los distintos programas nacionales y europeos que se centran en un mínimo exigido por el Estado, lo cual hace que su formación recaiga en la formación previa del profesorado y en lo que esté regulado en cada plan de estudios universitario (Martínez et al., 2014). Tras comprender la situación legislativa española y británica, la Educación Sexual precisa incorporar sus contenidos de manera transversal en sus reglamentos, en los programas educativos y en las propuestas curriculares de las diferentes asignaturas (Parker et al., 2009). Actualmente, la Educación Sexual se sigue impartiendo de manera parcializada desde un modelo biologicista que la reduce a contenidos fisiológicos y anatómicos, sin tener en cuenta las otras esferas que engloban la sexualidad como la afectividad (Martínez et al., 2014). Pese a que las recomendaciones de organismos

internacionales, como la UNESCO, SIECUS y American Association of Sexuality Educators, Counselors, and Therapists (AASECT), aconsejan su regulación a nivel legislativo y que se centre en intervenciones integrales sobre las actitudes y los comportamientos adecuados y no solamente en la adquisición de conocimientos (Fallas et al., 2012). Sin embargo, la implantación de esta asignatura y su metodología en Reino Unido se adecúa bastante a lo exigido por estos organismos internacionales.

Los alumnos, los docentes y los profesionales deben entender este constructo desde una perspectiva centrada en el desarrollo psicobiológico y psicoafectivo, que favorezca su afrontamiento estratégico saludable y erotofílico durante las diferentes etapas de la vida (García-Vega, Rico, y Fernández, 2017). Para comprender estos conceptos referenciados en el marco de la contextualización de estas enseñanzas, es necesario analizar los contenidos que deberían impartirse desde una perspectiva que incluya transversalmente las dimensiones biológicas, sociológicas, epistemológicas, psicológicas y pedagógicas (Zgaga, 2019).

4. EDUCACIÓN SEXUAL EN EL MARCO INTERDISCIPLINAR

Como hemos explicado, la educación de los profesionales debe abordarse desde un currículum que tenga como objetivo integrar y normalizar la sexualidad, sin que se centre únicamente en la prevención de enfermedades. La educación sexual, desde este marco teórico, debería ser impartida siguiendo el modelo biográfico y profesional e incorporado en los planes de estudio universitarios para abarcar la sexualidad de manera completa y facilitar la comprensión de la naturaleza sexual, buscando garantizar la liberación y no discriminación del estigma sexual de la mujer y de las minorías sexuales (Martínez, Paterna, y Gouveia, 2016). Como expone Fallas et al. (2012) *“se apuesta por una educación sexual integral, democrática, tolerante y abierta, dentro de los procesos educativos a lo largo de todas las etapas evolutivas del ser humano”* (p. 53).

Llegando a este punto, se hace necesario abordar la formación y las competencias de los profesionales para impartir esta educación sexual.

4.1. La enseñanza y la formación de los profesionales en Educación Sexual

Los profesionales dedicados a la educación sexual deben fundamentarse en un bagaje científico y profesional que les permita transmitir una actitud positiva hacia la sexualidad que contribuya a generar ciudadanos éticos (Fallas et al., 2012). Por tanto, teniendo en cuenta las aportaciones de Fallas et al. (2012), para garantizar una enseñanza de calidad, los educadores deben tener en cuenta los cuatro aspectos claves mencionados a continuación:

1. Facilitar que las personas puedan vivir una sexualidad responsable y saludable en cualquier etapa evolutiva de su desarrollo, aprendiendo cómo afrontar los contratiempos que vayan surgiendo en relación a esta cuestión.
2. Asumirse como ser sexuado de manera positiva y contribuir a ser un modelo de ejemplo viviendo una sexualidad saludable y estableciendo relaciones interpersonales igualitarias y no discriminatorias.
3. Desarrollar un proceso de aprendizaje y enseñanza continuo que interrelacione la educación impartida desde distintas disciplinas, como la psicología, la medicina, la sociología o la pedagogía, en un contexto realista que se adapte a

los ámbitos educativo, familiar y sociocultural que promuevan intervenciones válidas ecológicamente.

4. Orientar su papel profesional a ser mediadores éticos y científicos que faciliten la asimilación de la concepción de los constructos en sexualidad y los relacionen con la biografía propia de cada persona.

Según Lee, y Lee (2019) es muy importante que los profesionales marquen los objetivos, planteen sus actividades y seleccionen los recursos y materiales, haciendo partícipes de este proceso a sus aprendices. También es fundamental evaluar las medidas que se van a usar para promover la salud sexual en los jóvenes, ya que influirán en su futuro desarrollo como adultos. En esta investigación se resalta un concepto en el que los profesionales deben centrarse en la educación en sexualidad que es “*life skills-based sexuality*” o sexualidad basada en habilidades para la vida. Este nuevo enfoque de los programas ha permitido que se relacione el contenido de salud sexual y reproductiva con las habilidades para autogestionar los problemas de salud a la vez que se respetan los Derechos Humanos. De esta manera, se contribuye a mejorar el bienestar y la autosatisfacción de la población en general (Castillo et al., 2018).

Los profesionales deben contribuir a que el enfoque de esta enseñanza sea relevante y equitativo, proporcionando información científica realista, actualizada y adaptada al desarrollo humano. La formación institucional desde las universidades y el gobierno deben apoyarse en el establecimiento de la configuración de los programas educativos y brindar oportunidades seguras, estructuradas y sin prejuicios para que los aprendices examinen sus propios valores y actitudes, y construyan su toma de decisiones en función de las habilidades y competencias en sexualidad (Goldman, y Coleman, 2013). La educación sexual tiene que ser vista por el profesorado como un programa de entrenamiento en habilidades que provea de herramientas y capacite a los estudiantes (Rye, Mashinter, Meaney, Wood, y Gentile, 2015).

Las enseñanzas de estos programas para formar educadores deberán incluir una perspectiva completa y comprensiva centrada en:

- Respetar la diversidad sexual.
- Explicar el orgasmo, la excitación y el placer sexual.
- El reconocimiento de las relaciones saludables y abusivas.

- El estudio biológico, psicológico y social de la sexualidad.
- El aprendizaje de la fisiología reproductiva y las prácticas sexuales seguras a partir de los condones.
- Transmitir información científica e imparcial alejada de morales religiosas y desmitificar tabúes socioculturales.
- Naturalizar el proceso de la sexualidad.
- Apoyar a las personas que constituyen la comunidad LGTBIQ+.
- Motivar al alumnado en su aprendizaje y evaluar su progreso para contribuir a una formación constate que se adecúe a necesidades actuales.
- Garantizar el aprendizaje y la investigación constante en sexualidad.

Todos los profesionales necesitan recibir estas formaciones, porque tanto de manera informal y/o formal abordan la sexualidad diariamente en su profesión. A su vez, como personas sexuadas, desarrollarán sus actitudes y conductas en función de sus propias experiencias (Martínez et al., 2014). Socialmente se ha iniciado un cambio que precisa de ser continuado por los expertos en esta temática, por universidades y por instituciones educativas para garantizar su acceso a toda la población (Haberland, y Rogow, 2015).

La educación que los distintos profesionales reciben por parte del profesorado, incluyendo a los orientadores, se ha centrado en su mayor parte en las conductas sexuales de riesgo. Además, el problema de la capacitación insuficiente en la universidad se debe a la falta y a la dificultad de formación del profesorado y de su inclusión integral en el currículum universitario que tiene un impacto negativo en el desempeño laboral del alumnado (Penna, 2015).

Los estudios de Almarcha, González, y González (1994); González, y Raposo (2008); Martínez et al. (2011); Fernández, y González (2012); Martínez et al. (2013); Martínez et al. (2014) y Penna (2015) analizaron la educación del profesorado universitario y ratificaron las anteriores premisas, poniendo de manifiesto que la mayor limitación recae en la formación insuficiente del profesorado y en la falta de integración de la sexualidad en el currículum universitario. En estos estudios se destacó que el profesorado ha recibido una formación parcializada y mínima de las temáticas explicadas anteriormente; no realiza formación continuada en esta temática; y que los artículos relacionados con la sexualidad se publican desligadas del ámbito educativo.

Es necesario, para cambiar esta situación, obligar al profesorado a recibir una formación de calidad en la sexualidad para que pueda incluirlo en su desempeño docente con transversalidad. Como hemos expuesto anteriormente, la falta de esta capacitación académica tiene graves consecuencias en la formación de los profesionales, que tendrá un gran impacto social, que podría llegar a retrasar el cambio positivo en las actitudes y conductas hacia la sexualidad (Martínez et al., 2014; Penna, 2015). Por otro lado, las dificultades que puede presentar el profesorado y que a su vez desarrollarán los profesionales formados en la universidad están relacionadas con:

- Las actitudes negativas y el miedo a las consecuencias de abordar temas relacionados con la sexualidad.
- La falta de apoyo de las familias.
- La carencia de programas de formación en esta temática y su dificultad de acceso y desarrollo profesional.
- El trato desinformado que dan los medios de comunicación sobre la sexualidad que influyen en la justificación de las ideas preconcebidas del profesorado.
- Mayores connotaciones sexuales negativas entre el profesorado masculino que entre el femenino, relacionadas con las ideas conservadoras de la sexualidad, que a su vez se correlacionan positivamente con más conductas y actitudes negativas hacia la sexualidad por edades (Penna, 2015). Esto implica que personas muy influyentes en la cúspide jerárquica universitaria no permitan que se implementen las conductas y actitudes positivas hacia la sexualidad en todas las esferas al no haberlas desarrollado ellos mismos o no considerarlas importantes.
- Una enseñanza dependiente del profesor que la imparta, reparando en que los alumnos que acuden a centros públicos tienen más probabilidades de recibir educación sexual integral que los que acuden a centros privados (Woo, Soon, Thomas, y Kaneshiro, 2011). Además, Berger, Bernard, Khzami, Selmaoui, y Carvalho (2008) observaron que los profesores que eran más creyentes eran menos partidarios de impartir esta educación.
- La falta de abordaje de las características personales, laborales de los profesionales y las competencias en sexualidad que deberían realizarse.

- La optatividad de estas asignaturas hace que las personas con actitudes más positivas sean las que decidan cursarlas, siendo mayor en el sexo femenino y personas del colectivo LGTBIQ+ frente a los varones (Martínez et al., 2013).
- Diferentes formaciones en relación con la etapa educativa y el tipo de centro.
- Los docentes de Secundaria y Bachillerato tienen una formación menor en sexualidad que los graduados en Maestro Infantil y Primaria debido a que su formación depende de la carrera que hayan realizado previamente (Ingeniería, Derecho, etc.) y puede que hayan tenido menos posibilidades de aprender a lo largo de su formación académica.
- La falta de investigación del estudio de la formación de profesores y profesionales en sexualidad en España y a nivel global.

Reconocemos que, en ciertas temáticas de la sexualidad, se ha producido un cambio conceptual socioculturalmente positivo en el profesorado al abordar la diversidad sexual, y normalizar el colectivo LGTBIQ+ (Penna, 2017).

La solución, para mejorar la formación de los profesionales universitarios, recae en incorporar de manera transversal la perspectiva de género, cambiando y promoviendo la introducción de metodologías activas que incluyan el estudio de casos para mejorar la formación inicial (García, Sala, Rodríguez, y Sabuco, 2013). Según Martínez et al. (2014) y Cacciatore, et al. (2019), algunas de las propuestas de mejora de la formación en sexualidad son:

- La salud es global y para abordarla se necesita un enfoque integral y profesional.
- La educación sexual necesita estar legislada en función de los contextos socioculturales con fines éticos e impartida en todos los centros e instituciones educativas.
- Formación obligatoria, intensiva y de calidad de los maestros y profesores que imparten educación obligatoria para contribuir al cambio social.
- Facilitar el acceso y obligar a la formación continuada en sexualidad a los profesionales de los diferentes sectores.
- Aprender a respetar las historias de vida sexual de cada persona.
- Ampliar el conocimiento del desarrollo psicosexual de las personas haciendo hincapié en las dimensiones biológicas, afectivas y sociales.

- Excelente gestión de recursos didácticos y coordinación entre departamentos.
- Comprender la diversidad de estructuras familiares y adecuarse a ellas de manera individualizada.
- Establecer claramente las competencias de los profesionales en Educación Sexual coordinándolas interdisciplinariamente.
- Creación de programas de prevención y recursos comunitarios relevantes y accesibles en materia de sexualidad.
- Actitudes positivas hacia diferentes aspectos de la sexualidad como las relaciones personales, los seres humanos, la democracia y sus valores, promoviendo la defensa de los derechos humanos.

4.2. Conocimientos y competencias de los profesionales en Educación Sexual

Los profesionales formados en la universidad deben adquirir competencias transversales que les permitan ser capaces de abordar científicamente en su desempeño laboral aspectos relacionados con la sexualidad de las personas como los roles de género, la convivencia ciudadana basada en valores humanos y las actitudes y conductas sexuales (Martínez et al., 2016). El problema del enfoque, principalmente sanitario de la enseñanza de profesionales, es que se ha basado únicamente en la prevención de ITS desde una perspectiva reproductiva centrada exclusivamente en las relaciones coitales (López Sánchez, 2015). Sin embargo, se debe ampliar esta visión al estudio de la sexualidad desde el punto de vista de que el ser humano es sociable por naturaleza y que para su supervivencia necesita de la interrelación con los demás (López Sánchez, 2005). La visión sanitaria aislada del resto de aspectos no contribuye a la aceptación de conductas sexuales saludables, por ejemplo, la mayoría de la población sabe que el preservativo es la única manera de prevenir ITS y, aun así, más de la mitad de la población tiene sexo desprotegido. Por consiguiente, se debe educar no solo teóricamente sino buscando proporcionar un cambio conductual (Catania, 1998; Kann et al. 2018).

A través de la observación de las actitudes de los adultos y de las experiencias sociales vividas en un marco socioafectivo determinado se iniciarán los aprendizajes sexuales (Benotsch et al., 2013). La estimulación negativa del ambiente en que crezcamos repercute perjudicialmente en el desarrollo funcional y actitudinal. Los profesionales tienen

el deber y la responsabilidad de establecer vínculos sexuales saludables y para ello deben ser capaces de reconocer los contratiempos que surjan en el marco laboral, familiar y social, colaborando con otros expertos en educación y sanidad (López Sánchez, 2005). Además, dependiendo de su desempeño organizacional influirán en distintos aspectos globales, como los políticos en la legislación, los publicistas en los medios sociales, los instagramers en los estereotipos o los diseñadores de videojuegos en los roles sexuales y raciales de sus personajes (Meader et al., 2016). Por tanto, la sexualidad es un asunto que concierne a toda la población y debe incorporarse su formación a todos los profesionales de manera interdisciplinar.

La labor de los profesionales sanitarios en salud sexual debería orientarse a la detección y al cuidado de los pacientes centrándose en cubrir sus necesidades de seguridad emocional. Además, deben ser capaces de abordar la sexualidad integralmente y responder positivamente a la diversidad sexual durante el desempeño de su tarea (Yamazaki, Aoki, y Otaki, 2020). Por otra parte, los profesionales de la educación deben tener buenas habilidades comunicativas y aprender también a lidiar con la resolución de conflictos facilitando las relaciones adecuadas entre los estudiantes, padres y profesores. Las competencias básicas para estos profesionales son la emocional, la comprensiva y el desarrollo de la empatía, la positividad, el interés y la motivación en su alumnado y en sus pacientes (Martínez et al., 2014).

Estos expertos en salud y en la enseñanza deben saber identificar y utilizar las “figura de apego” para contribuir al cambio actitudinal en la conducta sexual de los pacientes o alumnos (López Soler, 2003, López Sánchez, 2015). La figura de apego es entendida como aquella persona que ayuda a cubrir las necesidades vitales de afecto, seguridad y protección (Ainsworth et al., 2015). El apego seguro ayudará al desarrollo de la identidad, la comunicación íntima, a desarrollar el altruismo, a sentirse pertenecientes a una comunidad determinada y a respetar las normas socioculturales y los derechos humanos. Por tanto, no cumplir con esta necesidad lleva a una falta de bienestar que afecta a la salud del individuo. Esta “figura de apego” pueden ser los padres, los familiares, las amistades y la pareja (Gómez-Zapiain, 2000). El profesorado y los sanitarios tienen la función de orientar a estas figuras de apego en materia de sexualidad y contribuir a la detección de

patrones disfuncionales que puedan surgir en las relaciones en las que estos expertos están presentes (Banegas, 2020).

Consecutivamente, la Educación en Sexualidad Completa debe incorporarse en los planes de estudio de los graduados con la intención de solucionar la falta de formación, la vergüenza de los profesionales a hablar de la sexualidad y la centralización exclusiva de un modelo biomédico, evitando que sus prejuicios afecten a la sociedad (Martínez et al., 2014). La formación de profesionales cualificados en esta materia contribuirá al respeto de la igualdad de género y de la orientación sexual, a la prevención de las ITS, al uso responsable de los anticonceptivos, a evitar embarazos no deseados, a disminuir los abusos sexuales, a detectar las carencias afectivas familiares y a comprender los nuevos núcleos familiares (López Soler, 2003; López Sánchez, 2005).

Es un hecho que los profesionales abordan la sexualidad de manera informal y/o formal diariamente en su profesión (Martínez et al., 2014). Por tanto, para que los programas de Educación Sexual sean eficaces es necesario trabajar en un equipo interdisciplinar y desarrollar programas educativos, basados en competencias en sexualidad en todas las profesiones, para evitar la influencia negativa de las creencias y experiencias vividas y otros problemas mencionados, como la falta de formación y legislación curricular (Haberland y Rogow, 2015).

Debido a la falta de delimitación en la literatura científica de los objetivos y competencias interdisciplinarias a desarrollar en los profesionales universitarios, a continuación (Tabla 12) se han formulado y resumido los objetivos y competencias básicas que consideramos que estos expertos deberían alcanzar en su formación.

Tabla 12.

Objetivos y competencias básicas sobre sexualidad de los profesionales universitarios.

Objetivos	Competencias
- Adquirir conocimientos teóricos y prácticos esenciales para abordar el desarrollo sexual. - Responsabilizarse de la importancia de la salud sexual y de las relaciones interpersonales.	- Aprender a relacionarse con personas de distinto sexos, géneros y orientaciones sexuales. - Ser capaces de detectar actitudes negativas hacia la sexualidad y desarrollar estrategias individuales para enfrentarlas. - Aprender a lidiar y evitar comportamientos sexuales de riesgo. - Desarrollar habilidades de autogestión: uso de anticoncepción adecuada y prevención de ITS.
- Concienciarse de cómo vivir una sexualidad saludable y natural, comprendiéndola desde la perspectiva de conocerse a uno mismo, comunicarse afectiva y adecuadamente con los demás y desarrollar una visión de placer sexual erotofílico. - Adquirir habilidades y recursos básicos para intervenir transmitiendo y promoviendo hábitos de saludables.	- Poder orientar para afrontar el estrés derivado de la sexualidad en las distintas etapas de la vida. - Concienciarse sobre los prejuicios hacia la sexualidad de uno mismo para corregirlos. - Procesar equilibradamente la información recibida desarrollando un pensamiento crítico. - Buscar ser un modelo a través de la transparencia en sus relaciones. - Respetar e inculcar desde un enfoque basado en los Derechos Humanos. - Facilitar intercambios sociales positivos. - Aumentar la autoestima explicando la importancia del “Body positve” en relación con el desarrollo sexual humano.
- Fomentar los valores fundamentados en la responsabilidad, el respeto y la comunicación de la sexualidad de uno mismo y de los demás.	- Fomentar el establecimiento de relaciones sociales saludables y detectar las tóxicas. - Fomentar la perspectiva de distintos géneros y orientaciones sexuales. - Comprender las diferencias socioculturales y adaptarse a ellas.
- Desarrollar habilidades de comunicación y de resolución de problemas.	- Aprender a comunicarse con la familia de una manera adecuada y respetuosa. - Desarrollar habilidades de comunicación que se fundamenten en la asertividad y la destreza de negarse a proposiciones (habilidades de rechazo y autogestión). - Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas en sexualidad.
- Capacitar a los profesionales para que busquen la colaboración en proyectos de investigación e intervención sexológica. - Contribuir al desarrollo de programas de Educación Sexual que consideren la diversidad sexual. - Investigación y evaluación.	- Aplicar los fundamentos teóricos de los procesos sexológicos en su labor profesional dando un tratamiento adecuado a la sexualidad. - Aprender a trabajar en grupos interdisciplinarios. - Fomentar la autonomía y el aprendizaje continuado en esta materia. - Contribuir a la implantación de estrategias globales que favorezcan la intervención sexológica. - Establecer objetivos a corto y largo plazo considerando el futuro. - Investigar y publicar documentos científicos que contribuyan al avance informativo y formativo en esta temática. - Evaluación de los distintos programas e intervenciones.

Fuente: elaboración propia a partir de Martínez et al. (2011), Martínez et al. (2013), Martínez et al. (2014), Haberland, y Rogow (2015), Lee y Lee (2019), y Banegas (2020).

4.3. Reflexión sobre los obstáculos de la Educación Sexual y la formación de profesionales

Se ha producido un creciente interés social en la Educación en Sexualidad Completa que ha permitido que sea incorporada en planes de estudio y en la formación de profesionales educativos y sanitarios (Martínez et al, 2014). Sin embargo, esta formación es muy dependiente de la profesión y de la autoformación del profesorado y de variables socioculturales, transmitiéndose información no validada científicamente en los contextos educativos. Las principales cuestiones no resueltas sobre estas enseñanzas son su metodología, implantación, modelos, formación de los docentes y cualificación de los expertos (Martínez et al., 2011).

Otro importante enfoque es la escasez de investigaciones internacionales sobre el impacto que tiene la impartición de educación sexual y la formación de sus docentes en las actitudes y comportamientos del alumnado universitario (Allen, Livingston, y Nickerson, 2019, Martínez et al., 2014). A su vez la optatividad de estas asignaturas y la escasa formación regulada en los planes nacionales hace que el modelo de riesgo en educación sexual continúe siendo la metodología principal, obstaculizando la implantación del modelo biográfico y profesional (Xiong, Warwick, y Chalies, 2020). Para solucionar esta problemática es necesario un enfoque positivista en sexualidad que no se centre únicamente en resolver los aspectos negativos (Cacciatore, Kortenienmi-Poikela, y Kaltiala, 2019).

Las limitaciones económicas y la baja formación del profesorado en esta temática, hace que estos docentes sean indirectamente los responsables completos de esta educación (Kolenz, y Branfman, 2019). Además, los educadores no realizan formación continuada en esta materia y los avances relacionados con la sexualidad se divulgan segmentados en diferentes publicaciones, lo que dificulta su acceso a los docentes (Martínez et al., 2011). Para cambiar esta situación debería facilitarse y adaptarse esta formación al profesorado de las distintas etapas educativas a través de la investigación-acción en sexualidad en entornos escolares para que puedan incluirlas en su desempeño docente siguiendo protocolos claramente establecidos. Fallas et al. (2012), Martínez et al. (2014) y Parker et al. (2009) sugieren que los docentes con mejor preparación adoptan actitudes más positivas hacia la sexualidad que son transmitidas indirectamente en sus enseñanzas.

Por consiguiente, la formación de los educadores se considera uno de los mayores obstáculos para la impartición de esta educación (Xiong et al., 2020). Las dificultades que puede presentar el profesorado están relacionadas con las actitudes negativas que pueden tener y con el miedo a las consecuencias de abordar temas relacionados con la sexualidad, al trato desinformado que dan los medios de comunicación, a la falta de apoyo de las familias, y a la escasez de formación docente y a su dificultad de acceso (Martínez et al., 2014). Además, según Ollis (2016) y Nadeem, Cheema, y Zameer (2020), existe una falta de enseñanza del placer sexual adaptada a variables socioculturales cuando se está educando a poblaciones con distintas creencias. Los centros privados religiosos suelen acogerse a un currículum mínimo obligatorio que aumenta estas desigualdades en la formación en sexualidad del alumnado. Por ahora, la educación sexual sigue supeditada al interés y la motivación del profesorado (de Vries et al., 2020; Martínez et al., 2014). No obstante, se reconoce que, en ciertas temáticas de la sexualidad, se ha producido un cambio socioculturalmente positivo en el profesorado al abordar la diversidad sexual, y garantizar el respeto a las personas del colectivo LGTBIQ+ (Penna, 2017).

Por otro lado, los sistemas educativos actuales también tienden a estar mal diseñados para incluir estas habilidades de pensamiento crítico y alcanzar los estándares de aprendizaje propuestos (Nadeem, et al., 2020; Ollis, 2016). Las clases suelen estar formadas por un gran número de alumnos y las enseñanzas más comunes son las expositivas que promueven exclusivamente el aprendizaje memorístico (Haberland, y Rogow, 2015). Otro gran desafío que está frenando la implantación en el sector público de educación en sexualidad es la gran inversión que se requiere en formación para mejorar las habilidades docentes.

La solución, para mejorar la formación de los profesionales, recaerá en la introducción de metodologías activas que incluyan el estudio de casos para mejorar los títulos de formación inicial del profesorado (García et al., 2013). Para ello es necesario fortalecer las habilidades de los docentes a través de una enseñanza reglada basada en competencias en Educación Sexual, para evitar que se establezcan planes de estudio informales. Estas metodologías no deben centrarse únicamente en un aprendizaje cognitivo sino también en garantizar la reflexión personal y el pensamiento crítico de las normas establecidas (por ejemplo, las normas de género), en el desarrollo de habilidades prácticas

(por ejemplo, la comunicación asertiva) y en el manejo del clima y cultura de cada aula (Kolenz, y Branfman, 2019). Las aulas en las que los estudiantes pueden expresarse libremente en un entorno fundamentado en los Derechos Humanos y en valores democráticos favorecen la adquisición de predisposiciones y conductas saludables hacia la sexualidad. Estos aprendizajes se correlacionan fuertemente con el apoyo a la igualdad de género según los estudios realizados en cuestionarios internacionales del “World Values Survey” (Haberland, y Rogow, 2015). Estas nuevas metodologías no solamente contribuyen a una mejora de la salud sexual, sino que permiten sentar las bases para una ciudadanía responsable y ética, ya que prepara significativamente al alumnado para que desarrolle habilidades que les permitan críticamente cuestionarse su contexto social, las normas y los comportamientos en los que se basan la salud, el bienestar y los derechos (Allen et al., 2019).

Para finalizar, en el estudio de la sexualidad no puede olvidarse que los cambios que se están produciendo a nivel sanitario, por ejemplo, la regulación de la inseminación artificial, la gestación subrogada, las modificaciones genéticas o la cirugía de reasignación sexual están generando conflictos éticos en el desarrollo de la sexualidad. Por consiguiente, tampoco debemos desatender el estudio de la sexualidad y ayudar a los colectivos al margen de este estudio, como son: la sexualidad en las personas con discapacidad, la sexualidad del colectivo LGBTIQ+ y de los grupos vulnerables de diferentes etnias y religiones minoritarias en occidente, como la gitana o la musulmana (Díaz, Gil, Ballester, Morrel, y Molero, 2014; Esmail, Darry, Walter, Knupp, 2010; Márquez, Gutiérrez-Barroso, y Gómez-Galdona, 2017; Nadeem et al., 2020; Gil, Díaz, Morell, Gil, y Ballester, 2021; García, Jiménez y Almansa, 2018).

Tras comprender de una manera integral el desarrollo de la sexualidad y su marco educativo, se planteará si la formación de los profesionales posee la adecuada visión psicobiológica y sociocultural para abordar la sexualidad en su desempeño diario, ya que todo lo explicado anteriormente influirá en la socialización y en la educación para la salud de las nuevas generaciones.

SEGUNDA PARTE
MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4:

METODOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN

A partir del trabajo bibliográfico realizado sobre los dilemas que inciden en la formación de los estudiantes, analizaremos y compararemos la salud, las actitudes y los comportamientos hacia la sexualidad en estudiantes de Educación Superior. En este capítulo presentaremos las líneas de indagación que se han abierto en esta investigación y que han dado lugar un compendio de 8 estudios realizados. Antes de explicar cada uno de estos estudios, vamos a abordar brevemente su justificación, su diseño y la relación entre ellos, así como el objetivo principal de la investigación y otros secundarios, afines a cada estudio.

2. JUSTIFICACIÓN

Esta tesis por compendio de publicaciones ha surgido del interés por analizar integralmente los diferentes constructos que constituyen la salud sexual y las predisposiciones negativas y positivas hacia la sexualidad. Así, la investigación que se presenta ha tratado de analizar las conductas comunicativas de riesgo y las actitudes erotofílicas, erotofóbicas, homofóbicas y transfóbicas.

Como ha quedado explicado en el marco teórico, la sexualidad es un aspecto intrínseco al desarrollo humano y es manifestado a través de actitudes y comportamientos, los cuales están presentes desde el momento del nacimiento hasta la muerte. Por ejemplo, cuando interactuamos con una persona nos dirigimos a ella según las normas socioculturales de género; lo mismo cuando decidimos la ropa que nos ponemos al levantarnos. La sexualidad está siempre presente tanto en el trabajo como en la vida personal. Los roles de género han sido transmitidos a través de la educación familiar y escolar y son aprendidos en un entorno determinado como resultado de las interacciones sociales de manera presencial y virtual.

Pese a la relevancia del fenómeno, no existe un modelo teórico que pueda explicar completamente este constructo, porque se encuentra en constante evolución y supeditado a las normas socioculturales y al momento histórico. Las investigaciones en este campo son extensas, pero se han centrado fundamentalmente en estudiar las conductas de riesgo desde la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en poblaciones consideradas vulnerables como son los adolescentes, las personas de etnias minoritarias, las personas del colectivo LGTBIQ+ y los consumidores de drogas. No obstante, el estudio de aspectos como las predisposiciones sexuales han ido cobrando relevancia fundamentadas en el respeto a los Derechos Humanos, siendo el estudio de la diversidad sexual un tema que ha conseguido transcender a la cultura popular.

Por consiguiente, el estudio integral de la sexualidad se encuentra limitado en las investigaciones actuales, porque hay una escasez de análisis globales que vinculen la variedad exhibida de actitudes y comportamientos sexuales con el impacto que ha tenido la educación sexual, con las nuevas legislaciones y con las transformaciones de las normas socioculturales imperantes en la sociedad hasta entonces.

Autores representativos en los ámbitos nacional e internacional, que han expuesto sus teorías sobre la sexualidad como Amezúa (1973), Foucault (1978) o Byrne (1986), han recalcado que existen tantas sexualidades éticas como personas. Las variables investigadas en torno a la sexualidad han sido evaluadas en múltiples

disciplinas sin conexión entre ellas, lo cual ha sido y es uno de los obstáculos a la hora de establecer teorías adaptadas a las distintas ramas del conocimiento.

La educación es la herramienta adecuada para uniformar los conocimientos obtenidos en otras disciplinas académicas y transmitirlos a las nuevas generaciones. La educación sexual es considerada cada vez más la estrategia prioritaria para la reducción de estas predisposiciones y conductas dañinas (Parker, Wellings, y Lazarus, 2009). Además, se considera que la educación sexual debe estar adaptada al contexto sociocultural, alejada de normas morales y religiosas, basada en los Derechos Humanos, regulada en los planes de estudios e implantada a una edad temprana y que continúe de por vida (EEGSE, 2016). Por tanto, la metodología docente más avalada científicamente es la actual propuesta de Educación Sexual Integral basada en un modelo biográfico y profesional (Castillo, Derluyn, y Valcke, 2018). Las propuestas educativas desde este enfoque deben partir del análisis poblacional de los conocimientos, las actitudes y las conductas sexuales para llevar a cabo intervenciones realistas y transversales. Estos proyectos formativos también deben estar adecuados individual y colectivamente desde una perspectiva centrada en la Educación y la Salud Global (Grose, Grabe, y Kohfeldt, 2014; Jamison et al., 2013).

Una de las investigaciones más relevantes en los entornos escolares y universitarios y que ha servido de referencia para nuestro estudio es la de Martínez et al. (2014). En ella se apunta la existencia de expertos y formaciones educativas disponibles en carreras de Ciencias de la Salud y de la Educación y en másteres y programas de doctorado. Estos investigadores también destacaron el esfuerzo de profesionales en sexualidad del sector universitario para desarrollar esta enseñanza en el contexto escolar y en la educación superior. Esta formación continuada del profesorado se ha convertido en una de las más importantes dentro de la rama de Educación para la Salud. Sin embargo, Sekoni Sekoni, Gale, Manga-Atangana, Bhadhuri, y Jolly (2017) y de Vries, Kathard, y Müller (2020) señalaron que no existe una evaluación suficientemente integral de la sexualidad en el ámbito universitario, con especial énfasis en la falta de valoración de las competencias de los estudiantes y del profesorado.

Las investigaciones, como las de Martínez et al. (2014) y Leaper, y Starr (2019), demostraron que los estudiantes universitarios aprenden a abordar la sexualidad de manera desigual, ya que los planes de estudio de los distintos grados y la formación docente son diferentes. Estos investigadores plantean que es fundamental formar nuevos

profesionales que contribuyan a generar el cambio significativo positivo hacia la sexualidad a través de sus roles en el trabajo y en su vida personal (Foucault, 1978).

Otras variables que pueden afectar a las predisposiciones sexuales son la edad, el género y otras variables socioculturales. Gianettoni, y Guilley (2015) afirmaron que existe una mayor adherencia a las actitudes negativas hacia la sexualidad a una edad más temprana, en ideologías conservadoras y en carreras masculinizadas. Por esa razón, es necesario evaluar a todos los profesionales y no solamente a los que se consideran de ramas educativas o sanitarias.

Otros datos a destacar son la demanda creciente exigida por los ciudadanos para buscar estrategias que se adapten a esta sociedad globalizada y así proteger las experiencias sexuales saludables en todo el mundo (Grose et al., 2014).

La investigación sobre la sexualidad sigue centrándose de manera compartimentada en los aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Los proyectos evalúan de manera independiente las relaciones coitales y las ITS de los conocimientos afectivos como el establecimiento de relaciones sociales saludables y el apego (Gómez-Zapiain, y Eceiza, 2016). Por otro lado, es cierto que estos estudios utilizan diferentes y variadas metodologías de investigación adaptadas al constructo a evaluar, pudiendo ser experimentales o no experimentales, cuantitativas o cualitativas y/o longitudinales o transversales.

Como venimos diciendo, no existen investigaciones suficientes que evalúen integralmente las diferentes variables que componen la sexualidad de las personas. A su vez, tampoco hay una explicación de las diferencias socioculturales e individuales de este fenómeno, ni un reconocimiento claro de las estrategias preventivas, ni del estudio del impacto poblacional que tiene la educación en las conductas y actitudes sexuales negativas.

Sin embargo, se ha observado y determinado cuales son los comportamientos de riesgos y las actitudes sexuales erotofóbicas, reconociéndose sus posibles consecuencias derivadas a nivel físico, psicológico y social (Cacciatore, Korteniemi-Poikela, y Kaltiala, 2019; Grozelle, 2017).

Algunos de los comportamientos y predisposiciones más estudiados son:

- Embarazos no deseados, relaciones sexuales precoces, transmisión de enfermedades sexuales y posibles infertilidades.
- Abuso sexual, maltrato, relaciones tóxicas basadas en sentimientos de dominación y asociadas a comportamientos aprendidos de indefensión y falta de control emocional.
- Familias no funcionales y problemas afectivos asociados a apegos no seguros.
- Establecimiento de conductas y actitudes sexuales discriminatorias basadas en la adhesión a los roles sexuales y de género.
- Tabús en torno a la masturbación y el placer sexual femenino y masculino.
- Establecimiento de actitudes heterosexistas discriminatorias como el sexismo y las LGTBIQ+ fobias, en las que se incluye la homofobia, la bifobia y la transfobia.

Observando esta serie de factores es razonable suponer que las personas más adheridas a actitudes negativas también realizan mayores conductas de riesgo, porque tienen una visión distorsionada sobre la sexualidad humana. Estos individuos serán más proclives a ver afectada su salud física y psicológica, pudiendo experimentar mayor sufrimiento en su infancia, lo cual tendrá un fuerte impacto en su vida adulta y en las personas de su entorno (Moreau, Költő, Young, Maillochon, y Godeau, 2019). Además, estos individuos generan sentimientos de rechazo cuando hay normas socioculturales que son éticamente transgredidas y que les sirven para justificar y mantener conductas y actitudes discriminatorias por sexo, género y orientación sexual.

Al mismo tiempo las personas también viven sus experiencias sexuales influenciadas por las reglas sociales creadas y transmitidas a través de la industria del entretenimiento. Actualmente este sector está constituido por las redes sociales, los videojuegos, las plataformas digitales, el cine y la literatura. El sentirse representado en estos grupos está creando visiones positivas y/o falsas suposiciones sobre las vivencias de las relaciones amorosas, el cuerpo ideal, los roles de género y las orientaciones sexuales que dependen del contenido seleccionado por los individuos.

3. PREGUNTAS, OBJETIVOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Los interrogantes que pretendemos responder en nuestra investigación son: ¿cómo podemos analizar la salud sexual considerando de manera conjunta las variables predisponentes y los factores de riesgo que influyen en la adquisición de actitudes prejuiciosas y conductas sexuales de riesgo, como podrían ser el sexismo, la discriminación hacia la diversidad sexual, el miedo a realizarse revisiones sanitarias en temas de sexualidad o tener sexo sin protección?; ¿qué estrategias educativas, legislativas y sociales causan un mayor impacto en la promoción y reducción de comportamientos y actitudes positivas hacia la sexualidad? y ¿de qué manera estas intervenciones educativas deberían diseñarse para adaptarse a los distintos grupos poblacionales y contribuir a una mejora manifiesta de su salud sexual?

El **objetivo principal** de la investigación se centra en examinar las competencias en sexualidad de estudiantes de educación superior antes de su transición a la práctica profesional, comparando conductas y actitudes sexuales negativas (conductas comunicativas de riesgo sexual, doble estándar al rol sexual, erotofilia, homofobia y transfobia), entre estudiantes españoles de Formación Profesional y estudiantes universitarios de España y Reino Unido.

El fin último de la investigación es acumular y unificar los conocimientos sobre las relaciones entre las conductas perjudiciales y las actitudes negativas hacia la salud sexual, con perspectivas hacia la creación de programas educativos adaptados a distintos grupos poblacionales en función de sus características socioculturales, que prevengan los problemas sexuales de índole psicológica, fisiológica y social.

Como **objetivos secundarios**, esta investigación también tiene entre sus propósitos:

1. Contribuir al debate mundial e interdisciplinar que se ha generado en torno a la disciplina de Salud Global en la Educación Superior ante la creciente complejidad de los cuidados de salud que deben afrontarse en contextos globalizados (Estudio I).
2. Analizar la calidad de la educación sexual recibida por el alumnado de ciclos formativos y estudiantes de enfermería (Estudios II y III).
3. Comprender en profundidad los factores y consecuencias de los comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes adultos y explorar los enfoques educacionales para prevenirlos (Estudio IV y VIII).

4. Validar al inglés la Escala de Actitudes Negativas hacia Personas Trans (EANT, Páez, Hevia, Pesci, y Rabbia, 2015) (Estudio V).
5. Validar al español y revalidar al inglés la versión Likert de 4 respuestas de la Escala de Comportamientos Sexuales Comunicativos Protectores (HPSC) de Catania (1998), traducida al español (pero no validada) por Peragallo et al. (2005) en una escala de respuestas Sí o No (Estudio VI).
6. Validar al español y revalidar al inglés la Escala de Comportamientos Inclusivos hacia las Personas Transgénero (TIBS, Kattari, O'Connor, y Kattari, 2017) (Estudio VII).
7. Evaluar si existen diferencias en las actitudes y comportamientos sexuales por género, orientación sexual, nacionalidad, edad, curso formativo, universidad y otras variables sociodemográficas en muestras de jóvenes universitarios españoles y británicos. Comparar en esta población si existen correlaciones entre los comportamientos sexuales de riesgo y las actitudes negativas hacia la sexualidad y entre ellos en dichos comportamientos y predisposiciones (Estudio VIII).

Otros objetivos transversales a los estudios de este compendio son:

1. Examinar la influencia que tienen las distintas variables personales y sociodemográficas en las conductas de riesgo sexual.
2. Comprender las relaciones existentes entre las variables criterio de los estudios realizados y las actitudes negativas hacia la sexualidad (sexismo, erotofobia, actitudes negativas hacia la masturbación y liberalismo sexual, homofobia y transfobia).
3. Evaluar y entender la vinculación entre las actitudes y conductas sexuales (falta de comunicación de problemas sexuales, relaciones sexuales desprotegidas, etc.).

La investigación aglutina un conjunto de estudios con distintos enfoques metodológicos cuantitativos y cualitativos, así como revisiones teóricas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Este acercamiento al estudio de la investigación en sexualidad, a través de diferentes perspectivas, confiere una mayor riqueza a sus resultados y a las conclusiones obtenidas. Por tanto, para abordar de manera integral el constructo de la sexualidad en

profesionales, es necesario un enfoque que cuente con los paradigmas positivista, interpretativo y sociocrítico.

Debido a la situación provocada por la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19 se adaptó el diseño de la investigación concebido inicialmente para llevar a cabo un trabajo más directo con las y los jóvenes, ya que la situación sanitaria obstaculizaría las posibles intervenciones debido a las restricciones, confinamientos y cuarentenas.

A partir de la literatura consultada en la elaboración de las investigaciones de este compendio, se descubrió que la sexualidad se estudiaba en bloques de contenidos, unos centrados en actitudes hacia la sexualidad (sexismo, erotofilia, homofobia, bifobia, transfobia), otros en conductas inclusivas y en conductas sexuales de riesgo. Todas estas perspectivas han pretendido ser examinadas en los estudios que vamos a presentar para evaluar la sexualidad de una manera más integral en la formación de profesionales de Educación Superior.

Como revisión teórica se planteó un primer trabajo que encauza la investigación desde la disciplina de la Salud Global y las competencias profesionales en materia de sexualidad.

Desde una perspectiva cualitativa, se planteó un estudio con metodología cualitativa centrado en comprender las conductas sexuales de riesgo en los adultos jóvenes y los desafíos en su educación.

Simultáneamente se diseñaron y desarrollaron seis estudios no experimentales, observacionales, descriptivos, correlacionales y transversales. Estas investigaciones pretenden describir las predisposiciones positivas y negativas hacia la sexualidad y la validación de tres escalas: 1) la validación en inglés de una escala corta diseñada para detectar actitudes negativas hacia las personas trans, denominada Escala de Actitudes Negativas hacia las Personas Trans (EANT); 2) la validación del riesgo existente en los jóvenes en inglés y en español a través de la Escala de Comunicación Sexual Protectora de la Salud (HPSC); y 3) la validación y revalidación en inglés de la Escala de Comportamientos Inclusivos hacia las Personas Transgénero (TIBS) para medir conductas inclusivas hacia la diversidad sexual.

La entrevista y la encuesta han sido las técnicas principales utilizadas con las que se ha pretendido obtener información a través de preguntas sociodemográficas, de opinión y de escalas estandarizadas. La investigación en su conjunto, es decir, los estudios realizados, se iniciaron en 2018 y se prolongaron durante 4 años que abarcaron

también el proceso de recolección y de análisis de datos. La autora de esta investigación tuvo la oportunidad de realizar una estancia de investigación en Reino Unido, lo que le dio la posibilidad de realizar estudios conformados por muestras de mayor variedad cultural, formadas por estudiantes universitarios y profesionales de España y de Reino Unido.

4. ESTUDIO I. La importancia de la Salud Global en Enfermería: ¿qué sabemos?

Alonso Martínez, L., y Puente Alcaraz, J. (2020). La importancia de la Salud Global en Enfermería ¿qué sabemos? *Index de Enfermería*, 29(3), 160-164. Recuperado a partir de: <http://ciberindex.com/c/ie/e12502>

Indicadores de calidad de la revista donde se ha publicado el artículo:

(Fuente consultada: *Scopus*)

Métrica: **CiteScore** 2020 = 0.5

CiteScore rank:

- History and Philosophy of Science [Category: Arts and Humanities]: 102/166 (38th percentile)
- Health (Social Science) [Category: Social Sciences]: 244/293 (16th percentile)
- Public Health, Environmental and Occupational Health [Category: Medicine]: 461/526 (12th percentile)

(Fuente consultada: *Scimago Journal & Country Rank*)

Métrica: **SJR** 2020 = 0.116

Posición que ocupa la revista en el área especializada:

- History and Philosophy of Science [Category: Arts and Humanities]: 129/162 (Q4)
- Health (Social Science) [Category: Social Sciences]: 298/330 (Q4)
- Public Health, Environmental and Occupational Health [Category: Medicine]: 534/560 (Q4)

Índice h = 9

(Fuente consultada: *EC3Metrics*)

CIRC 2021 = C (Clasificación en Ciencias Sociales)

CIRC 2021 = B (Clasificación en Ciencias Humanas)

(Fuente consultada: *Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología*)

Sello de Calidad de Revistas Científicas Españolas FECYT 2014-2021 en Ciencias de la Vida.

Este artículo de revisión se encuentra completo en el **Anexo I**. Presenta un trabajo en el cual se explica la disciplina de Salud Global a partir de las opiniones de expertos, las competencias educativas que las enfermeras deberían adquirir en su formación y una revisión docente de las competencias incluidas en los planes de estudio de los Grados de Enfermería en España.

Este primer estudio se centró en explorar la Salud Global y las competencias relacionadas con la sexualidad de los profesionales que se graduaban en Enfermería, de esta manera nos pudimos dar cuenta de que para abordar problemáticas en salud es necesario una visión interdisciplinar, debido a la complejidad de las sociedades actuales, teniendo en cuenta también las variables psicológicas y biológicas desde una perspectiva transcultural e integral, que permita generar cambios para hacer frente a estas problemáticas mundiales. La salud sexual fue uno de los problemas asociados a la

Salud Global señalados por organizaciones internacionales como la OMS o la ONU en su Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, donde uno de sus principales Objetivos de Desarrollo Sostenible es la mejora del bienestar sexual de las poblaciones.

La conclusión fundamental de este trabajo es poner de manifiesto que los Grados de Enfermería españoles no consiguen cumplir en su totalidad con las competencias planteadas para su profesión, por lo que la Salud Global supondría un incremento en el nivel académico y profesional de los graduados y de los postgraduados de Enfermería para responder a estos cambios mundiales.

A partir de este estudio teórico, decidimos que centraríamos la investigación de la Salud Global en el área concreta de la Salud Sexual.

5. ESTUDIO II. Creencias sobre la Educación Afectivo Sexual en los estudiantes de Ciclos Formativos sanitarios y sociosanitarios

Alonso-Martínez, L., Heras-Sevilla, D., y Fernández-Hawrylak, M. (2021). Creencias sobre la Educación Afectivo Sexual en los estudiantes de Ciclos Formativos sanitarios y sociosanitarios. *Evidentia*, 18, e12825. Recuperado a partir de: <http://ciberindex.com/c/ev/e12825>

Indicadores de calidad de la revista donde se ha publicado el artículo:

(Fuente consultada: UlrichsWeb Global Serials Directory)

Incluida en la base de datos EBSCOhost: CINAHL Complete, CINAHL Database (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), CINAHL Plus.

Este artículo se encuentra completo en el **Anexo II**. Presenta un estudio cuantitativo dirigido a evaluar las competencias en Educación Sexual de los estudiantes de Formación Profesional.

Este segundo estudio se centró en evaluar la formación del alumnado de ciclos formativos sanitarios y sociosanitarios con la perspectiva de Salud Global del anterior trabajo, al considerar necesaria la formación interdisciplinar en sexualidad de los profesionales de la salud. Asimismo, y dada la importancia de las actitudes, se analizan los niveles de erotofilia-erotofobia, la tolerancia a la diversidad sexual y la adhesión a conductas sexuales de riesgo, así como el nivel de sexismo ambivalente y la adhesión al doble estándar sexual en una muestra de 68 alumnos de ciclos sanitarios y en 38 de ciclos sociosanitarios. Las competencias en salud sexual son una de las principales capacidades a tener en cuenta para aplicar la disciplina de la Salud Global. En este estudio se comprobó que los estudiantes de estos Grados Medios y Superiores tienen bastantes contenidos de educación sexual, principalmente desde un modelo biomédico, difiriendo en sus actitudes hacia la sexualidad en función del género, más que en relación con otras variables predictoras.

Los resultados principales mostraron significativamente que las mujeres tenían actitudes más positivas hacia la sexualidad y una menor adherencia a los roles de género que los varones. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas por ciclo formativo.

Como conclusión, la educación impartida en los ciclos formativos, a diferencia del género, parece no tener impacto en las actitudes hacia la sexualidad del alumnado, mostrando la necesidad de mejorar su capacitación para abordar estas predisposiciones negativas.

A partir de esta idea de investigación surgió la necesidad de continuar evaluando la educación de profesionales de la salud, ya que se consideró que son los principales encargados de transmitir esta información de manera formal e informal a las poblaciones y a partir de este propósito se decidió realizar un tercer estudio.

6. ESTUDIO III. Diferentes actitudes hacia la sexualidad entre estudiantes de Enfermería de primero y cuarto curso

Alonso-Martínez, L., Heras-Sevilla, D., Charilaou, L., Puente-Alacazar, J., y Fernández-Hawrylak, M. (2021). Actitudes hacia la sexualidad entre estudiantes de enfermería de primero y cuarto curso. *Enfermería Global*, 21(1, 65), 473-488. <https://doi.org/10.6018/eglobal.474821>

Indicadores de calidad de la revista donde se ha publicado el artículo:

(Fuente consultada: *Scopus*)

Métrica: CiteScore 2020 = 0.4

CiteScore rank:

- General Nursing [Category: Nursing]: 85/112 (24th percentile)

(Fuente consultada: *Scimago Journal & Country Rank*)

Métrica: SJR 2020 = 0.151

Posición que ocupa la revista en el área especializada:

- Nursing (miscellaneous) [Category: Nursing]: 116/146 (Q4)

Índice h = 7

(Fuente consultada: *Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología*)

Sello de Calidad de Revistas Científicas Españolas FECYT 2021

Este artículo se encuentra completo en el **Anexo III**. El artículo ofrece un estudio cuantitativo en el que se evaluó una variedad de actitudes hacia la sexualidad que incluían el sexismo, la homofobia, las predisposiciones positivas hacia la masturbación, el liberalismo sexual y la adhesión a roles sexuales. Estas actitudes fueron comparadas entre 101 estudiantes de primer curso de Grado en Enfermería con 86 estudiantes de cuarto curso, siendo más positivas en estos últimos. Además, en la muestra completa se valoró si las actitudes diferían por género, edad y otras variables sociodemográficas de interés analizadas en el estudio.

Los resultados obtenidos indicaron que los estudiantes de cuarto tienen actitudes más positivas hacia la sexualidad y una menor adherencia a los roles de género. Además, se mostró una asociación entre las actitudes positivas y una menor adhesión a los roles de género. Estos resultados sugieren que la formación enfermera tuvo un impacto positivo en sus actitudes.

Al comprender que la enfermería se centra en el cuidado de los pacientes y sus familias, entendimos que es necesario evaluar no solo las competencias en salud sexual de las enfermeras, sino que es fundamental ampliarlas al resto de profesionales que son formados en Educación Superior.

De esta manera se concluyó que es indispensable regularlas en los planes de estudios universitarios para formar profesionales cualificados en educación para la salud sexual de manera interdisciplinar, volviendo a la perspectiva planteada en el primer estudio.

7. ESTUDIO IV. Understand sexual risk behaviours in young adults and challenges in their education

Alonso-Martínez, L., Fernández-Hawrylak, M., Heras-Sevilla, D., & Ortega-Sánchez, D. (2021). Understand Sexual Risk Behaviours in Young Adults and Challenges in their Education. *Qualitative Research in Education*, 10(2), 172-203. <https://doi.org/10.17583/qre.2021.6996>

Indicadores de calidad de la revista donde se ha publicado el artículo:

(Fuente consultada: *Scopus*)

Métrica: *CiteScore* 2020 = 0.8

CiteScore rank:

- Arts and Humanities (miscellaneous) [Category: Arts and Humanities]: 192/306 (37th percentile)
- Education [Category: Social Sciences]: 863/1319 (34th percentile)
- Developmental and Educational Psychology [Category: Psychology]: 259/332 (22th percentile)

(Fuente consultada: *Scimago Journal & Country Rank*)

Métrica: *SJR* 2020 = 0.222

Posición que ocupa la revista en el área especializada:

- Arts and Humanities (miscellaneous) [Category: Arts and Humanities]: 220/475 (Q2)
- Education [Category: Social Sciences]: 273/339 (Q3)
- Developmental and Educational Psychology [Category: Psychology]: 945/1544 (Q4)

Índice h = 2

(Fuente consultada: *EC3Metrics*)

CIRC 2021 = B (Clasificación en Ciencias Sociales)

(Fuente consultada: *Dialnet*)

Dialnet métricas: impacto 2020 = 0.583, Educación 2020 = 71/230

(Fuente consultada: *Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología*)

Sello de Calidad de Revistas Científicas Españolas FECYT 2016-2021 en Ciencias Sociales Q3 (C3) Ciencias de la Educación (48/76).

Este artículo se encuentra completo en el **Anexo IV**. En este artículo se presenta un estudio que explora comportamientos de riesgo en adultos jóvenes que ya han tenido relaciones sexuales, preguntando sobre factores, consecuencias y estrategias, con el fin de obtener una comprensión más profunda de los factores de riesgo y de las consecuencias y las opiniones de los comportamientos de riesgo sexual en adultos jóvenes, explorando los enfoques educativos que utilizan para prevenirlos.

El estudio revela la importancia de escuchar las perspectivas de los adultos jóvenes sobre estas variables de conducta y enfoques educativos para establecer estrategias globales de salud que podrían basarse en estos resultados.

También se realizó otro estudio con un enfoque similar que fue publicado como capítulo de libro:

Alonso Martínez, L., y Fernández Hawrylak, M. (2021). Attitudes of heterosexual and cisgender people towards sexual minorities. En J.A. Marín Marín, J.M. Trujillo Torres, G. Gómez García, y M.N. Campos Soto (Coord.), *Hacia un modelo de investigación sostenible en educación*, Cap. 33 (pp. 392-405). Madrid: Dykinson. ISBN: 978-84-1377-302-5.

8. ESTUDIO V. English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes towards Trans People (EANT)

Alonso-Martínez, L., Heras-Sevilla, D., Fernández-Hawrylak, M., & Forrest, S. (2021). English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes towards Trans People (EANT). *Sustainability*, 13(7), 3760. doi:10.3390/su13073760

Indicadores de calidad de la revista donde se ha publicado el artículo:

(Fuente consultada: *Journal Citation Reports*)

Métrica: JIF 2020 = 3.251

Posición que ocupa la revista en el área especializada:

- Environmental Sciences [SCIE edition]: 124/274 (Q2)
- Environmental Studies [SSCI edition]: 59/125 (Q2)
- Green & Sustainable Science & Technology [SCIE edition]: 30/44 (Q3)
- Green & Sustainable Science & Technology [SSCI edition]: 6/9 (Q3)

(Fuente consultada: *Scopus*)

Métrica: CiteScore 2020 = 3.9

CiteScore rank:

- Geography, Planning and Development [Category: Social Sciences]: 110/704 (84th percentile)
- Environmental Science (miscellaneous) [Category: Environmental Science]: 18/104 (83th percentile)
- Management, Monitoring, Policy and Law [Category: Environmental Science]: 106/355 (70th percentile)
- Energy Engineering and Power Technology [Category: Energy]: 78/224 (65th percentile)
- Renewable Energy, Sustainability and the Environment [Category: Energy]: 82/195 (58th percentile)

(Fuente consultada: *Scimago Journal & Country Rank*)

Métrica: SJR 2020 = 0.612

Posición que ocupa la revista en el área especializada:

- Energy Engineering and Power Technology [Category: Energy]: 72/905 (Q2)
- Renewable Energy, Sustainability and the Environment [Category: Energy]: 81/486 (Q2)
- Environmental Science (miscellaneous) [Category: Environmental Science]: 94/341 (Q2)
- Management, Monitoring, Policy and Law [Category: Environmental Science]: 133/389 (Q2)
- Geography, Planning and Development [Category: Social Sciences]: 173/777 (Q1)

Índice h = 85

Este artículo se encuentra completo en el **Anexo V**. El artículo plasma un estudio cuantitativo en el que se presenta un instrumento en inglés válido y fiable para medir periódicamente las actitudes negativas presentes en la sociedad hacia las personas trans. Se buscó validar en inglés la Escala de Actitudes Negativas hacia las Personas Trans (EANT) de Páez et al. (2017).

Esta escala ha sido validada previamente en español en muestras de población general y también de estudiantes universitarios. La escala tiene algunas fortalezas evidentes, como que es de fácil y rápida aplicación, porque está compuesta por 9 ítems

que evalúan de manera unidimensional las predisposiciones negativas existentes hacia las personas trans.

En este estudio también pretendíamos comparar por grupos, los resultados obtenidos para descubrir si son similares a los evaluados en la literatura anterior y en la adaptación de esta escala de Páez et al. (2017). La intención era que esta escala pudiera revelar nuevas ideas sobre cómo se percibe la identidad de género en la sociedad actual, a partir de las tendencias y estructuración de este prejuicio, con el fin de monitorizar los avances obtenidos a través del reconocimiento educativo y legislativo y de apuntalar las intervenciones.

El estudio evalúa las tendencias actitudinales y revela como el prejuicio sexual aún está implícito en nuestras sociedades y visibiliza la estigmatización y discriminación de las personas trans. Estos hallazgos apoyan el desarrollo de estrategias para abordar estas predisposiciones.

9. ESTUDIO VI. The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC): Spanish validation and English revalidation of a brief scale that evaluates the impact of risky sexual behavior on the health of young adults

Alonso-Martínez, L., Forrest, S., Heras-Sevilla, D., Sáiz-Manzanares, M.C., Puente-Alcaraz, J., y Fernández-Hawrylak, M. (2022). The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC): Spanish validation and English revalidation of a brief scale that evaluates the impact of risky sexual behavior on the health of young adults.

Sometido a evaluación.

Este artículo se encuentra completo en el **Anexo VI**. El artículo presenta un estudio cuantitativo cuyo objetivo fue revalidar en inglés y validar en español las propiedades psicométricas de la Escala de Comportamientos Sexuales Comunicativos Protectores (HPSC, Catania, 1998). Las personas jóvenes y adultas corren el riesgo de sufrir múltiples problemas de salud asociados con sus comportamientos sexuales y este breve instrumento permite medir periódicamente las conductas comunicativas protectoras en contra de los comportamientos comunicativos de riesgo en la población adulta sexualmente activa.

Esta escala consta de 8 ítems ampliamente utilizados en diferentes investigaciones para evaluar comportamientos sexuales. Fue administrada a 1223 estudiantes de grado y posgrado de España y de Reino Unido. La escala ha sido validada previamente en inglés en muestras de población general y también de estudiantes universitarios. Se realizó el Análisis Factorial Exploratorio y el Análisis Factorial Confirmatorio de los ítems de la HPSC para explorar y determinar su estructura factorial y sus dimensiones en la versión española e inglesa.

Los resultados indican que la escala tiene una estructura unidimensional en ambos idiomas, mostrando que los 8 ítems se adecúan a los datos y a los índices de ajuste y fiabilidad. En este estudio también se encontraron diferencias significativas en las conductas sexuales de riesgo, según el estado civil en ambos países, por género en Reino Unido y por religión en España, y no se encontraron diferencias por orientación sexual y nacionalidad.

La intención era que esta escala pudiera mostrar nuevas ideas sobre cómo evaluar las tendencias conductuales, con el fin de revelar cuáles son las principales conductas de riesgo que están implícitas en la sociedad. La HPSC se considera una

herramienta para identificar, prevenir y evaluar la persistencia de conductas sexuales de riesgo a lo largo del tiempo, influenciada bajo el impacto de eventos y cambios socioculturales.

El estudio contribuye a identificar, crear conciencia y responsabilizarse de las conductas de riesgo sexual que enfrentan los jóvenes y sus tendencias comportamentales. Estos hallazgos apoyan el desarrollo de estrategias de salud pública para abordar la prevención e intervención de estos comportamientos de riesgo adaptados a poblaciones jóvenes de distintos niveles socioculturales y contribuyen a generar cambios educativos y sanitarios en los patrones conductuales hacia la sexualidad.

10. ESTUDIO VII. Validation in Spanish and revalidation in English of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS) and trans inclusive behaviors on Spanish and British youth.

Alonso-Martínez, L., Heras-Sevilla, D., Forrest, S., Hönekopp, J., & Fernández-Hawrylak, M. (2022). Validation in Spanish and revalidation in English of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS) and trans inclusive behaviors on Spanish and British youth.
--

Sometido a evaluación.

Este artículo se encuentra completo en el **Anexo VII**. El artículo presenta un estudio cuantitativo que pretende revalidar en inglés y validar en español las propiedades psicométricas de la Escala de Comportamientos Inclusivos hacia las personas Transgénero (TIBS, Kattari et al., 2017). Las personas trans están en riesgo de discriminación debido a la falta de comportamiento inclusivo hacia su identidad de género.

Esta escala consta de 15 ítems que evalúan el lenguaje y los conocimientos inclusivos sobre políticas educativas, laborales y de vivienda con perspectiva de género. Este estudio contó con la participación de 1110 estudiantes universitarios de España y Reino Unido. Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio y el Análisis Factorial Confirmatorio para explorar y determinar la estructura factorial y las dimensiones del TIBS.

Los resultados de este estudio revelaron que la escala tiene una estructura tridimensional en ambos idiomas y los 15 ítems se adecúan a los datos y a los índices de ajuste y fiabilidad ratificando el Análisis Factorial Exploratorio de la versión española. En este estudio también se encontraron diferencias significativas en función de las variables de género y orientación sexual en ambos países, exhibiendo comportamientos más inclusivos hacia las personas trans en mujeres y en individuos de la Comunidad LGTBIQ+.

La TIBS es un instrumento novedoso que nos permite detectar estos prejuicios y promover capacitaciones adaptadas realmente al contexto. Esta escala permitirá medir el efecto potencial de futuras intervenciones en diferentes generaciones y el aumento de conductas inclusivas hacia las personas transgénero por parte de la comunidad y de las organizaciones.

Este estudio revela que hay una tendencia positiva al reconocimiento de la identidad trans, pero la discriminación contra este grupo sigue presente en comparación con las personas cisgénero. Estos hallazgos apoyan el desarrollo de estrategias educativas con perspectiva de género para abordar la inclusión de personas trans en la sociedad.

11. ESTUDIO VIII. Sexual Risk Behaviour, Sexism and Prejudices Towards Sexual Openness, Homosexuality and Trans individuals amongst university students from Spain and the UK: an analysis of related variables

Alonso-Martínez, L., Forrest, S, Heras-Sevilla, D., Hönekopp, J., & Fernández-Hawrylak, M. (2022). Sexual risk behaviour, sexism and prejudices towards sexual openness, homosexuality and trans individuals amongst university students from Spain and the UK: an analysis of related variables.

Sometido a evaluación.

Este artículo se encuentra completo en el **Anexo VIII**. El artículo ofrece el estudio cuantitativo con la muestra más amplia de esta investigación, 1235 estudiantes de España y de Reino Unido. Examina las competencias en sexualidad de estudiantes universitarios antes de su transición a la práctica profesional, comparando conductas sexuales de riesgo y actitudes hacia la sexualidad entre estudiantes de grado y posgrado, que residían en España (670) y en Reino Unido (565) durante los años 2019-2021, con un rango de edad de 18 a 52 años ($M = 22.06$, $DT = 4.38$).

Este estudio, además, compara las actitudes hacia la apertura sexual, la educación sexual, el sexo seguro, el sexismo y las minorías sexuales entre sí y con las conductas sexuales de riesgo.

El instrumento creado para llevar a cabo esta investigación fue un cuestionario que estaba compuesto por una serie de preguntas sociodemográficas que constituyen las variables precursoras del estudio: edad, género, sexo, nacionalidad, adherencia religiosa, estado civil, orientación sexual, educación sexual recibida, nivel educativo de los progenitores o tutores, curso académico y grado universitario de los estudiantes. Asimismo, esta encuesta contaba con seis escalas estandarizadas (HPSC, DSS, SOS, HATH, EANT y TIBS) para evaluar seis variables de resultado: conductas comunicativas sexuales de riesgo; adhesión a los roles sexuales de género; actitudes erotofílicas y erotofóbicas hacia la sexualidad; actitudes homofílicas y homofóbicas (manifiestas y sutiles); comportamientos y actitudes transfóbicas (manifiestas y sutiles); y conductas inclusivas hacia la diversidad sexual. Por la importancia de esta investigación en el compendio, hemos querido reflejar las variables de resultado obtenidas en estas seis escalas (Tabla 13):

Tabla 13.
Variables de resultado.

VARIABLES	FACTORES	INSTRUMENTO
Conductas comunicativas sexuales de riesgo	Discusión de las conductas sexuales con la pareja: evaluar la comunicación de comportamientos sexuales con la pareja como la utilización de métodos profilácticos (sexo seguro a través del uso del preservativo, preguntar a la pareja por el consumo de drogas, relaciones sexuales previas, ITS y pruebas serológicas). Comportamientos sexuales individuales: valoración de su historia sexual en relación con las conductas de riesgo.	Escala de Comunicación Sexual Protectora de la Salud (HPSC-10) de Catania (1998). (Escala tipo Likert de 1 a 6 con 10 ítems).
Adhesión a los roles sexuales de género	Evaluación de los roles y estereotipos sexuales: aceptación o rechazo del doble estándar sexual tradicional.	Escala del Doble Estándar Sexual (DSS-10) de Caron, Davis, Halteman y Stickler, (1993). (Escala tipo Likert de 1 a 5 con 10 ítems).
Actitudes erotofílicas y erotofóbicas hacia la sexualidad	Apertura a la liberación sexual: propensión hacia predisposiciones positivas hacia la masturbación y las relaciones sexuales. Actitudes hacia comportamientos sexuales variados: predisposiciones erotofílicas y erotofóbicas hacia la excitación sexual propia y de los demás. Homoeerotismo: actitudes positivas y negativas hacia la excitación con personas del mismo sexo (Homofobia manifiesta y sutil).	Encuesta de Opinión Sexual (SOS-21) de Fisher, Byrne y White (1983). (Escala tipo Likert de 1 a 7 con 21 ítems).
Actitudes homofílicas y homofóbicas	Valoración de predisposiciones, prejuicios y conductas discriminatorias hacia la homosexualidad: actitudes y conductas homófobas manifiestas o directas.	Escala de Actitudes heterosexuales hacia la homosexualidad (HATH-20) de Larsen, Reed y Hoffman (1980). (Escala tipo Likert de 1 a 7 con 20 ítems).
Actitudes negativas hacia las personas trans	Valoración de predisposiciones, prejuicios y conductas discriminatorias hacia las personas trans: actitudes y conductas transfóbicas manifiestas o directas.	Escala de Actitudes Negativas hacia personas Trans (EANT-18) de Páez, Hevia, Pesci, y Rabbia (2015). (Escala tipo Likert de 1 a 5 con 18 ítems).
Comportamientos inclusivos hacia la diversidad de género	Comportamientos inclusivos hacia las personas transgénero: actitudes y conductas transfóbicas sutiles o indirectas. Valoración del efecto potencial de las intervenciones inclusivas a nivel individual, grupal y comunitario.	Escala de Comportamientos Inclusivos hacia las personas Trans (TIBS-15) de Kattari, O'Connor, y Kattari (2018). (Escala tipo Likert de 1 a 5 con 15 ítems).

En este estudio también pretendíamos comparar por grupos. Los resultados mostraron que los estudiantes británicos tenían menor adhesión sexual a los roles de género y los españoles tenían actitudes más erotofílicas y positivas hacia las personas trans. Estos hallazgos también indicaron que los estudiantes tenían mayores conductas

sexuales de riesgo, menores adherencias de género, actitudes más erotofílicas y homofílicas y predisposiciones más positivas hacia las personas trans en comparación con los resultados obtenidos en estudios anteriores. Sin embargo, hubo diferencias significativas por género, religión y grados universitarios, siendo más positivas las actitudes y conductas sexuales en mujeres, personas no religiosas y en estudiantes de grados humanísticos, educativos, de Ciencias de la Salud y de Ciencias con respecto del resto de participantes.

Este estudio contribuye a ampliar el conocimiento de los factores relacionados con las conductas y actitudes sexuales negativas, con la intención de describir las competencias en sexualidad que tienen los profesionales para abordarlas en la universidad y en sus entornos laborales de manera cualificada. También pone de manifiesto el tipo de capacitaciones e intervenciones educativas que se deberían diseñar a partir de este análisis.

12. RELACIÓN DE AUTORES EN EL COMPENDIO DE PUBLICACIONES

La autora de esta investigación tuvo la oportunidad de ser instruida y de colaborar con expertos en proyectos nacionales e internacionales de distintas ramas del conocimiento que han influenciado los estudios de esta tesis, satisfaciendo así su inquietud de iniciar una carrera investigadora con un perfil multidisciplinar. Los profesionales de los que ha tenido la fortuna de aprender pertenecen a disciplinas muy variadas: Enfermería, Pedagogía, Sociología, Psicología, Estadística, Historia e Ingeniería de Tecnologías Industriales. Debido al gran peso que ha tenido la guía de estos expertos en la investigación de la autora, a continuación, se expondrá la relación de autores y de sus dominios en este compendio de publicaciones. Se empezará con los profesionales del ámbito nacional de la Universidad de Burgos al que pertenece la autora y se finalizará con los expertos internacionales de tres universidades de Reino Unido donde la autora realizó su estancia, Newcastle University, Durham University y Northumbria University. Las sinergias entre estos profesionales han sembrado la semilla para la constitución de una red interdisciplinar internacional, de la cual la autora es artífice.

- *Doctora María Fernández Hawrylak*

Profesora Titular de Universidad en la Universidad de Burgos (España) en el Departamento de Ciencias de la Educación.

Es pedagoga, maestra, terapeuta familiar y Doctora en Ciencias de la Educación.

Su experiencia laboral ha incluido tanto el ámbito hospitalario y familiar como las distintas etapas educativas: infantil, primaria y secundaria, desde los que se ha centrado en la atención a personas con enfermedades crónicas y grupos de autoayuda para personas que han perdido a un ser querido en diversos organismos, entre ellos en el Ministerio de Defensa. Ha sido orientadora familiar en el Servicio de Pediatría del Hospital Pío del Río Hortega de Valladolid.

Sus líneas de investigación se han dirigido hacia la atención a la diversidad, enfocadas en las necesidades socioeducativas en enfermedades crónicas y discapacidades, y actualmente en las necesidades educativas y asistenciales del alumnado con enfermedades minoritarias. También ha trabajado en proyectos de investigación relacionados con la enseñanza del alumnado inmigrante, en educación emocional y en educación sexual. Es directora del Grupo de Investigación GIR-TFS

(Terapia, Familia y Salud) de la Universidad de Burgos del que es miembro la autora de la tesis.

Ha participado en diferentes proyectos de investigación públicos, privados y competitivos y realizado estancias y colaboraciones internacionales. Su trabajo como experta investigadora está recogido en diversas publicaciones avaladas por los índices de calidad estandarizados.

También participa como docente en la formación de los maestros de Educación Infantil, Primaria y Secundaria.

La autora de este compendio conoció a esta experta cuando fue miembro del tribunal de su Trabajo de Fin de Máster en el Máster Universitario en Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas de la Universidad de Burgos. Por mediación de la anterior experta y después de haber conocido el trabajo de la autora de este compendio, la Dra. Fernández asumió la dirección de la tesis de la autora para esta pudiera acceder al Programa de Doctorado de Educación y obtener un contrato de formación de profesorado universitario en la Universidad de Burgos. A partir de ese momento ha tratado de guiarla por el camino profesional de la universidad y luchado por su futuro como profesora e investigadora.

Como experta en investigación cualitativa se ha encargado de transmitir la relevancia de este tipo de metodología, la rigurosidad en los procedimientos éticos de la investigación cualitativa y en la búsqueda del adecuado análisis de los enfoques y diseños de investigación.

Gracias al espíritu combativo de la Dra. Fernández, la autora ha tenido también la oportunidad de impartir la asignatura de Iniciación a la Innovación e Investigación Educativa bajo su supervisión en régimen de tutela no presencial en el Máster Universitario en Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas de la Universidad de Burgos, para que pudiera acreditar docencia en dos departamentos, requisitos de las agencias de evaluación universitarias. Igualmente ha procurado la participación de la autora en distintos eventos científicos, seleccionando congresos, revistas, apoyando su estancia de investigación en Reino Unido y colaborando tangencialmente en los estudios del compendio. La Dra. Fernández ha confiado plenamente en el trabajo de su predoctoranda desde una perspectiva única centrada en su futuro, detectando oportunidades que mejorasen el perfil investigador y docente de esta autora, dándole con ello la oportunidad de avanzar en la carrera universitaria.

- ***Doctora Davinia Heras Sevilla***

Profesora Contratada Doctora de la Universidad de Burgos (España) en el Departamento de Ciencias de la Educación.

Es pedagoga y Doctora en Ciencias de la Educación.

Ha impartido diversas asignaturas relacionadas con la formación de los maestros de Educación Infantil, Primaria y Secundaria. También ha sido coordinadora del Máster Universitario en Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas de la Universidad de Burgos. Dirige el Grupo de Innovación GID-ARIES de la Universidad de Burgos.

Es experta en educación sexual y coeducación. Ha trabajado distintos aspectos vinculados al desarrollo y educación emocional y sobre necesidades, obstáculos y estrategias para la atención educativa del alumnado con enfermedad crónica. Fundamentalmente su investigación se centra en la eficacia de programas de educación sexual y de género en distintos niveles educativos, dentro de los que ha liderado investigaciones nacionales e internacionales, y sobre los que ha realizado publicaciones avaladas por la comunidad científica y con gran impacto sobre la educación y la sexualidad desde una perspectiva de género y queer.

La autora de la tesis conoció esta experta al realizar el Máster Universitario en Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas en la Universidad de Burgos, donde la Dra. Heras fue tutora del Trabajo de Fin de Máster de la autora, y profesora de la asignatura de Iniciación a la Innovación e Investigación Educativa. Siendo tutorizada por la Dra. Heras, comenzó a entender la sexualidad desde una perspectiva amplia, a desmitificarla y a abordarla de manera científica. Esta experta impulsó a la autora a seguir investigando en esta temática y a confiar en sus cualidades, convirtiéndose en la tutora de esta tesis. Desde entonces ha guiado a la autora y participado en los estudios que se han desarrollado en el compendio, enseñándole a ser metódica en la elección de los instrumentos de la investigación, en la creación de las bases de datos y en sus análisis y a contextualizar los constructos de la sexualidad a través del conocimiento proporcionado por medio de la lectura de revisiones bibliográficas.

La Dra. Heras ha enseñado a la autora a interpretar la estadística descriptiva e inferencial, a realizar Análisis Factoriales Exploratorios fundamentales para la validación de escalas de esta tesis, así como otros procedimientos estadísticos. Bajo su

tutela presencial y no presencial ha progresado en el conocimiento de los métodos de investigación, lo que le ha permitido impartir la asignatura de Iniciación a la Innovación e Investigación Educativa, impartida previamente por ella. La Dra. Heras le ha proporcionado orientaciones, consejos y facilitado recursos didácticos.

La Dra. Heras ha contado en todo momento con la autora de este compendio en distintos grupos y proyectos sobre sexualidad, dándole la oportunidad de poder ir acreditándose en la carrera universitaria.

- ***Doctor Jesús Puente Alcaraz***

Profesor Contratado Doctor de la Universidad de Burgos (España) en el Departamento de Ciencias de la Salud, con plaza asistencial vinculada al Hospital Universitario de Burgos y de la Universidad de Burgos.

Es enfermero, sociólogo y Doctor en Ciencias Políticas.

Su experiencia laboral se centra en los trabajos ejercidos como experto en cooperación al desarrollo e investigación en políticas públicas en América Latina y África, como consultor de Naciones Unidas, como investigador en políticas para el desarrollo y como gestor público en redes interuniversitarias. En Guinea Ecuatorial coordinó un programa de desarrollo de la AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo) sobre la asistencia técnica de aquel país para el desarrollo de protocolos de higiene hospitalaria. Su línea actual de investigación comprende la Salud Global y las Políticas Públicas para el estímulo de la Gestión Sanitaria pública de calidad.

Además, es coordinador en el Grado de Enfermería y profesor en este mismo grado y en el Máster Universitario en Ciencias de la Salud: Investigación y nuevos retos y coordinador del Programa Erasmus de la Facultad de Ciencias de la Salud. Ha trabajado como enfermero en el Servicio Regional de Salud de Castilla y León en Cuidados en Emergencias Sanitarias en la Unidad Médica de Emergencias en las Merindades en Burgos Norte y ha sido enfermero de Atención Primaria en Alcalá de Henares (Madrid) y en las Merindades. Ha sido consultor internacional en temas relacionados con la Salud y los Derechos Humanos en diferentes países de Latinoamérica en los que se incluyen Guatemala, Argentina y Nicaragua. A su vez ha impartido docencia en distintas universidades internacionales como la Universidad Rafael Landívar y la Universidad del Rosario, entre otras.

La autora de este compendio conoció a este experto en el último curso del Grado de Enfermería en la Universidad de Burgos al obtener una beca de Colaboración en el Departamento de Ciencias de la Salud.

Gracias al estímulo del Dr. Puente, la autora comenzó a interesarse por la investigación científica en el área de la Salud Internacional y Enfermedades Tropicales. A partir de este momento la investigadora comenzó a ampliar su perspectiva y a tratar de aplicar esta visión a la Educación Sexual, ya que la sexualidad es uno de los aspectos abordados desde la Salud Global.

En 2020 publicaron conjuntamente un artículo relacionado con la tesis de la autora, que se convirtió en la primera publicación de este compendio. La autora ha tenido la oportunidad de seguir colaborando en otros trabajos con el Dr. Puente, entre los cuales se señalan la tercera y sexta publicación.

- ***Doctora María Consuelo Sáiz Manzanares***

Profesora Titular de Universidad en la Universidad de Burgos (España) en el Departamento de Ciencias de la Salud.

Es psicóloga, pedagoga, Doctora en Psicología y Doctora en Tecnologías Industriales.

Su experiencia laboral se centra en los trabajos ejercidos como psicóloga, previo concurso-oposición, en Equipos Multiprofesionales de Atención Temprana; y Profesora de Enseñanza Secundaria en la especialidad en Psicología y Pedagogía, también mediante concurso-oposición (actualmente en excedencia) en Equipos de Orientación en las Direcciones Provinciales de Educación de Palencia y de Burgos, donde ha ejercido como Directora de Sectores Educativos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

Ha desempeñado tareas de gestión como directora del Área de Evaluación, adjunta al Vicerrectorado con competencias en Ordenación Académica y Calidad de la Universidad de Burgos. Durante su periodo se renovaron todos los títulos de grados y másteres de la Universidad de Burgos y se acreditó el Programa DOCENTIA de evaluación de la actividad docente del profesorado por parte de las agencias oficiales de evaluación.

También ejerce de revisora en importantes revistas indexadas en Journal Citation Report (JCR) y Scopus. A lo largo de su actividad docente universitaria ha impartido y

sigue impartiendo docencia en titulaciones vinculadas a las Ciencias de la Educación y a las Ciencias de la Salud, convirtiéndose en una experta en enseñanza virtual.

Sus líneas de investigación se basan en el estudio de las estrategias metacognitivas en contextos de aprendizaje en poblaciones infantiles entre 0-6 años y en estudiantes universitarios. Además, es experta en la utilización de los gestores de aprendizaje (Learning Management Systems) como facilitadores del feedback y del desarrollo del aprendizaje eficaz y el análisis de datos, desde la utilización de técnicas de aprendizaje automático, minería de datos e inteligencia artificial, aplicadas al ámbito de la salud y de la educación en contextos virtuales. Es directora del Grupo de Investigación GIR-DATAHES de la Universidad de Burgos.

Sus trabajos publicados a nivel nacional e internacional son avalados en medios con indexaciones de gran impacto. Asimismo, ha sido investigadora principal y miembro en numerosos proyectos autonómicos, nacionales, internacionales y europeos, y ha realizado estancias de investigación en varios países. De igual modo, ha recibido reconocimientos relacionados con la transferencia del conocimiento de la investigación al ámbito empresarial y cuenta con registros de propiedad intelectual de patentes y documentos.

La autora de este compendio conoció a esta experta cuando inició sus actividades docentes en el Grado de Enfermería. Desde entonces la Dra. Sáiz ha enseñado a esta autora a profundizar en indicadores estadísticos y Análisis Factoriales Confirmatorios fundamentales para la validación de escalas de este compendio. De esta manera ha contribuido a la investigación y a la validación de la escala que se corresponde al quinto artículo de este compendio.

De manos de una experta que la supervisa con gran dedicación, la predoctoranda ha tenido la oportunidad de continuar aprendiendo sobre la investigación e innovación educativas desde una perspectiva de calidad educativa, lo que la ha ayudado a mejorar sus competencias docentes. Además, la Dra. Sáiz sigue ejerciendo tareas de enseñanza con ella, como el uso de nuevas herramientas de monitorización relacionadas con la inteligencia artificial y data minding que están contribuyendo a mejorar sus capacidades investigadoras y a ampliar recursos.

Esta experta ha permitido a la autora que colabore bajo su supervisión en diversas investigaciones relacionadas con metodologías activas como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y en publicaciones de estas temáticas.

- ***Doctor Delfín Ortega Sánchez***

Profesor Titular de Universidad (TU) en la Universidad de Burgos (España) en el Departamento de Didácticas Específicas.

Es licenciado en Humanidades, Doctor en Historia de América, Doctor en Ciencias Sociales y Doctor en Educación.

Esta trayectoria formativa ha sido reconocida con la concesión de tres Premios Extraordinarios de Doctorado y del Premio Nacional Fin de Carrera concedido por el Ministerio de Educación a los mejores expedientes académicos de Licenciatura de España.

Su actividad docente e investigadora ha venido combinándose con el desempeño de distintos cargos de responsabilidad en gestión universitaria como el de Vicedecano de la Facultad de Educación, Secretario Académico de la Facultad de Educación, y presidente de la Comisión de Diseño y Coordinador del Máster Oficial Universitario en Investigación e Innovación Educativas por la Universidad de Burgos. Este compromiso con la institución universitaria se completa con su nombramiento por la Agencia Nacional de Calidad para las Universidades como evaluador-vocal académico del Panel de Expertos del programa ACREDITA, con su selección, por este mismo organismo, como miembro del grupo internacional de expertos y expertas para la evaluación de las titulaciones de educación de las universidades de la República Dominicana, y con su actividad como miembro de la Comisión Académica del Consejo Económico y Social de la Junta de Castilla y León, y como Asesor de la Comisión de la Agenda 2030 y del Pacto Verde Europeo. Desde 2021 es Vicerrector de Responsabilidad Social, Cultura y Deporte de la Universidad de Burgos.

Ha centrado sus intereses investigadores en la inclusión de la perspectiva de género y de los problemas sociales en la enseñanza de la Historia y en la formación inicial del profesorado, en los procesos constructivos de la identidad cultural iberoamericana, en la enseñanza de la Historia y en el análisis de los mecanismos discursivos de la imagen didáctica en América Central y del Sur. Estas líneas de investigación han constituido la base de su actividad como profesor en las Universidades de Granada, Extremadura y Burgos. La calidad de sus investigaciones se encuentra avalada por numerosas publicaciones científicas, buena parte de ellas de autoría única, y por su reciente nombramiento por la Embajada del Perú en Singapur como Asesor Científico internacional e investigador invitado para la difusión de la

cultura e historia peruana en el marco de las actividades culturales de la Embajada para el año 2020.

La autora de este compendio conoció a este autor a través de la Dra. Heras, porque ambos colaboran en proyectos nacionales e internacionales juntos. Este autor es especialista en investigaciones mixtas que combinan las metodologías cuantitativos y cualitativos de las cuales es experto y ha tenido la predoctoranda la oportunidad de ser introducida. Recientemente la autora ha participado en un artículo de validación de un instrumento, utilizando metodologías mixtas que evalúan constructos relacionados con la perspectiva de género en la historia. Además, el Dr. Ortega ha contado con esta autora en distintos proyectos de investigación, dándole la oportunidad de aprender bajo su supervisión, motivándola y confiándole tareas variadas y guiadas por él.

Debido a su amplio bagaje en investigación este autor colaboró en el cuarto artículo del compendio que tiene un enfoque cualitativo. Este experto ayudó en el análisis temático, dando apoyo y rigurosidad a la investigación al triangular la codificación de los temas con la autora de la tesis. Desde esta primera colaboración el Dr. Ortega ha continuado enseñando, guiando y contando con la autora.

- ***Catedrático Simon Forrest***

Catedrático, director del College San Hild y San Bede y miembro del Centro de Investigación en Educación Médica de Durham University (Reino Unido) en el Departamento de Sociología.

Es sociólogo y Doctor en Sociología.

Anteriormente ha trabajado en la Universidad de Newcastle (2017-2019). Al principio de su carrera, enseñó en la educación secundaria y superior, antes de ocupar puestos de asesoría y gestión en la promoción de la salud dirigida a los jóvenes.

El enfoque de sus investigaciones está ligado a la prevención del VIH/SIDA y a la promoción de la salud sexual. Su tesis incluyó una investigación empírica sobre la cultura de la danza y de las drogas de la época, la prevención del VIH/SIDA para los jóvenes y el género, la sexualidad y la salud. Además, incorporó el creciente interés en las dimensiones relacionales de la experiencia de los jóvenes, explorando las experiencias de amor de los adolescentes. Ha trabajado en una serie de estudios y evaluaciones centrados en diversos aspectos de las actitudes y estilos de vida sexuales de los jóvenes. Fue investigador en el Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual del University College de Londres (UCL) y trabajó en el estudio RIPPLE (Pupil-

led sex education in England), que evaluó el impacto de la educación sexual dirigida por pares hacia los jóvenes y continúa investigando y escribiendo sobre género, sexualidad y salud sexual con un interés específico por las experiencias e intervenciones con niños y jóvenes. Estos intereses se combinan con el compromiso de educar a las personas sobre la salud, incluido el apoyo a los profesionales sanitarios, a los grupos y a la comunidad para identificar y abordar sus necesidades.

Durante su tiempo en la UCL, el Catedrático Forrest estuvo involucrado en el apoyo a estudiantes de medicina que iniciaron su propio programa de promoción de la salud sexual basada en la comunidad y en el establecimiento de un programa similar en la Escuela de Medicina de St George.

A lo largo de su carrera, Simon ha contribuido a la docencia de pregrado y posgrado, así como a programas de formación para profesionales de la salud, del bienestar y de la educación. Ofrece supervisiones de investigación a estudiantes de posgrado en campos afines y es mentor de investigadores posdoctorales. También contribuye a una variedad de grupos de expertos nacionales e internacionales, comités asesores y conferencias, es revisor regular de Economic and Social Research Council (ESRC), del National Institutud for Health Research (NIHR), del Medical Research Council (MRC) y de otros patrocinadores importantes. Además, apoya desde el Comité Directivo a AVERT y Boys Development Project que son unos de los proveedores de información benéfica más eficaces del mundo sobre el VIH/SIDA. El Dr. Forrest copreside la red nacional de científicos sociales y del comportamiento que enseñan en medicina (BeSST) del Reino Unido. Por consiguiente, sus líneas de investigación engloban las actitudes y los comportamientos sexuales de los jóvenes, la promoción y la educación de la salud sexual, la sexualidad y el género, especialmente las masculinidades en jóvenes y el contexto social y cultural de la experiencia emocional.

La autora de este compendio tuvo la fortuna de ser tutorizada por este destacado experto en sexualidad cuando decidió realizar su estancia de investigación en Reino Unido. La autora había leído el currículum investigador de este experto y contactó con él para ser tutorizada. Aceptada la solicitud, la autora comenzó la estancia de investigación en la Universidad de Newcastle en 2018/2019 y posteriormente continuó trabajando con este experto que se trasladó a la Universidad de Durham.

El Catedrático Forrest le facilitó el acceso a la muestra británica de los estudios V al VIII y supervisó toda la investigación de esta predoctoranda en Reino Unido, desde la construcción del instrumento, la recolección, el análisis, la escritura..., hasta la

revisión de los artículos publicados y los enviados a revisión. La autora de este compendio pudo mejorar sus competencias lingüísticas en inglés a la vez que iba adquiriendo conocimientos sobre la sexualidad de un experto reconocido por organismos internacionales. Las charlas con Simon y sus consejos, además de la oportunidad de hacer la estancia, han sido fundamentales para la autora, dado que la mayoría de los artículos que se publican en las revistas de prestigio deben escribirse en inglés.

La autora sigue en contacto con este experto con el cual comparte futuras líneas de investigación y sigue mentorizándola a pesar de estar en Reino Unido. El Catedrático Forrest ha mejorado en todo momento la formación académica e investigadora de esta autora, confiando en ella y apoyándola para que bajo su supervisión logre alcanzar sus objetivos académicos en la Universidad.

- ***Doctor Johannes Hönekopp***

Senior Lecturer (equivalente en España a Profesor Titular de Universidad) de Northumbria University (Reino Unido) en el Departamento de Psicología.

Es psicólogo y Doctor en Psicología.

Imparte docencia en el Grado en Psicología y en el Máster en Ciencias Psicológicas. Además, también está afiliado al Centro de Investigación en Cognición y Comunicación.

Su carrera como experto se ha centrado en los métodos de investigación, incluyendo el significado y la utilidad de los tamaños del efecto, la variabilidad de los resultados de la investigación entre los estudios y los metaanálisis, dominio que ha incorporado en sus materias tratando de enseñar contenidos estadísticos y las metodologías de investigación a sus estudiantes. No obstante, sus líneas de investigación son muy variadas, ya que ha colaborado y sigue colaborando en prestigiosas investigaciones nacionales e internacionales, muchas relacionadas con la sexualidad, como los efectos de la testosterona prenatal y los roles de género en el juego.

La autora de este compendio tuvo la oportunidad de ser tutorizada por este experto en Estadística y Psicología cuando cursó el Máster en Ciencias Psicológicas en la Universidad de Northumbria, ya que fue su profesor en la asignatura de Estadística y su supervisor del Trabajo de Fin de Máster realizado sobre sexualidad.

Este autor es especialista en investigaciones cuantitativas y ha guiado a la autora de este compendio en el análisis estadístico de los dos últimos estudios (séptimo y octavo). De esta manera ha contribuido a dar apoyo y rigurosidad a la investigación en su conjunto, al explicar cómo deben analizarse los datos y redactarse los resultados.

Desde esta primera colaboración el Dr. Hönekopp ha continuado enseñando, guiando y contando con la autora. Recientemente la autora se encuentra colaborando en una investigación internacional, centrada en evaluar los roles de género a través del juego en distintas culturas, colaborando en la recopilación de la muestra española de familias de niños de 3 a 6 años. Además, el Dr. Hönekopp amplió el enfoque de investigación de la autora, sus perspectivas sobre la sexualidad, mostrando otras maneras de investigar, proporcionándole recursos y nuevos materiales, y valorando sus capacidades académicas.

CAPÍTULO 5:
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN GLOBALES
GLOBAL DISCUSSION AND CONCLUSION

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se van a discutir los resultados generales obtenidos y sus implicaciones en relación con los estudios de este compendio en adultos, mayoritariamente en muestras de estudiantes de educación superior en ciclos formativos y en universitarios.

En primer lugar, se examina, a través de la discusión de los objetivos principales y de los secundarios, la influencia de variables sociodemográficas y culturales en las conductas de riesgo sexual, en las predisposiciones negativas hacia el sexismo, la erotofobia, la homofobia y la transfobia y las conductas inclusivas hacia la diversidad de género. Las variables predictoras de estos estudios hacen referencia a la nacionalidad, a la edad, al género, a la orientación sexual, al estado civil, a la rama de conocimientos, al curso y a la educación sexual recibida.

En segundo lugar, se describe la relación entre las conductas y las predisposiciones hacia la sexualidad para comprender la influencia y la transversalidad de este constructo, a fin de obtener una visión lo más completa posible.

Finalmente, se ofrecen las principales conclusiones extraídas de estos estudios, así como sus limitaciones y las futuras investigaciones que se proponen a partir de los resultados obtenidos.

2. DISCUSIÓN GENERAL

El objetivo principal de esta investigación fue examinar las competencias en sexualidad de estudiantes de educación superior y comparar conductas y actitudes sexuales negativas entre estudiantes españoles de Formación Profesional y estudiantes universitarios de España y Reino Unido. Además, en esta investigación también se formularon 7 objetivos secundarios y 3 transversales.

La consecución de estos objetivos se ha alcanzado durante los estudios desarrollados. Los resultados de estos estudios también confirmaron las principales hipótesis planteadas en los mismos.

En los estudios iniciados se han examinado las competencias en sexualidad de estudiantes de educación superior antes de su transición a la práctica profesional, por lo que podemos considerar el objetivo general alcanzado. Las variables criterio fueron evaluadas en estos grupos y en los intragrupos de las distintas submuestras. Por tanto, la discusión sobre este constructo se realizará de manera unificada.

En cuanto a la variedad de los datos sociodemográficos se puede considerar que los participantes de estas muestras son similares en los grupos por género, orientación sexual, estado civil y religión, relacionadas con la homogeneidad del continente europeo y por tanto de sus normas socioculturales (Del-Castillo, Cachón-Rodríguez, y Paz-Gil, 2020), con excepción del Estudio III en el Grado en Enfermería, en el que su muestra fue prioritariamente femenina, describiendo la realidad de la profesión.

Volviendo a los datos generales, en la muestra británica se encontró una mayor diversidad étnica y de nacionalidades que en la española. El 94% de los participantes de España tenían la nacionalidad española frente al 74% del alumnado de Reino Unido que tenía la nacionalidad británica, mostrando mayor diversidad sociocultural en este país. Estos resultados se relacionan con lo hallado en las investigaciones de Duarte (2020) y McGhee, y Zhang (2017). En relación con la formación universitaria, la mayor diferencia se obtuvo con respecto al número de estudiantes que realizaban grados educativos, que fue mayoritaria en España y minoritaria en Reino Unido. Sin embargo, si sumamos las Ramas de Humanidades, Artes y Educación de cada país, el número de participantes es similar. Posiblemente esta situación se relacione con que la titulación para poder ejercer como maestro de educación infantil y primaria en Reino Unido, también puede alcanzarse a través de másteres posteriores

al grado, siendo más versátil la posibilidad de acceso al no ser un requisito necesario realizar los Grados en Maestro de Educación Infantil y Primaria como en España, aunque esta formación también exista (Aramendi, y Aramendi, 2020).

Otra diferencia encontrada en las muestras por curso académico se relaciona con la diferencia de los grados universitarios, ya que en Reino Unido suelen ser de 3 años y en España de 4 años (De La Fuente, y Martín, 2020), pero la cantidad de alumnos de grado en esta muestra fue similar. En relación con el número de estudiantes de posgrado, fue mayor en la muestra española que en la británica, debido a la facilidad de acceso a la muestra en España por parte de la investigadora principal. El nivel de educación de los padres y tutores legales solo se preguntó en la muestra británica, por lo cual, no se ha podido comparar con la formación de los padres o tutores legales de España.

En relación con las variables predictoras comunes en estos estudios, se encontró que las conductas de riesgo sexual eran mayores en los varones y solteros con respecto al resto de los grupos. Sin embargo, en relación con las conductas inclusivas y actitudes hacia la diversidad sexual, se encontró que fueron más positivas en las mujeres, en las personas de la Comunidad LGTBIQ+, en los alumnos más jóvenes, en las personas no religiosas y en los estudiantes de Grados Humanísticos, de Educación, Ciencias y Ciencias de la Salud. El estado civil no se presentó como una variable criterio predictora de predisposiciones, aunque sí se obtuvo diferencias significativas en sus resultados por conductas sexuales. Asimismo, se encontró que las personas con una mayor adhesión a conductas sexuales saludables fueron las que también tenían las actitudes más positivas y viceversa, descrito a través de fuertes correlaciones entre las predisposiciones y los comportamientos obtenidas en los distintos estudios de este compendio.

En general, en los estudios desarrollados se descubrió un aumento de las conductas sexuales de riesgo y una disminución de los prejuicios directos, hallándose una mayor presencia de discriminaciones sutiles y no manifiestas. Los hallazgos obtenidos en la muestra de estudiantes de formación profesional presentaron una mayor adhesión a roles de género y otras actitudes negativas hacia la sexualidad y similar adhesión a conductas sexuales de riesgo que los estudiantes universitarios, pero los resultados obtenidos son muy similares. En la muestra universitaria están más presentes prejuicios sutiles que manifiestos.

Finalmente, en relación con la educación sexual recibida, las respuestas fueron muy variadas dependiendo del país y de la edad. Las repuestas mostraron un mayor descontento en Reino Unido que en España, donde fueron más positivas y homogéneas. Este descontento manifestado en Reino Unido puede estar relacionado con la existencia de formaciones más formales y por lo tanto una menor demanda de implantación en el currículum y una mayor demanda de revisión y renovación de los contenidos impartidos.

En los siguientes epígrafes se presentarán las distintas vertientes de análisis desarrolladas y la influencia de estas variables de manera pormenorizada, a través de la discusión de los objetivos formulados en los estudios de este compendio.

2.1. Educación global en sexualidad

El estudio de la educación global en sexualidad está mayormente vinculado a los tres primeros objetivos secundarios. A modo de recordatorio, estos fueron: 1) Contribuir al debate mundial e interdisciplinar que se ha generado en torno a la disciplina de Salud Global en la Educación Superior, para el Estudio I; 2) Analizar la calidad de la educación sexual recibida por el alumnado de ciclos formativos y estudiantes de enfermería, para los Estudios II y III; y 3) Comprender los factores y consecuencias de los comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes adultos y explorar los enfoques educacionales para prevenirlos, para el Estudios IV y VIII.

La mayor parte del alumnado que respondió a las preguntas en estos estudios recibió educación sexual principalmente durante la Educación Secundaria, con un 77.96% en España y un 42.83% en Reino Unido. Un 22.64% de los estudiantes españoles y un 23.53% de los británicos afirmaron haberla recibido durante la Educación Primaria. El 4.4%, el 30.24% y el 12% de los estudiantes españoles y el 0.7%, el 4.7% y el 0.5% de los británicos afirmaron haber recibido educación sexual en el resto de los niveles educativos, respectivamente en Educación Infantil, Bachillerato, Formación Profesional y Educación Universitaria. Estas diferencias en los datos no se correspondieron con el número de horas medias de educación sexual recibidas entre los dos países, ya que ambos obtuvieron una media de horas similares por nivel educativo, a excepción de las horas medias universitarias que en España fueron de 28.47 y en Reino Unido de 4.65 horas. Estos datos pueden estar sesgados porque un

participante señaló haber recibido 250 horas de formación, al ser eliminado, la media de horas es muy similar entre estos dos países.

Esta diferencia entre el marco español e inglés puede estar relacionada con la formación de los grados educativos españoles que incluyen asignaturas centradas en la diversidad y en la coeducación (Martínez, Vicario-Molina, González, e Ilabaca, 2014). Estos resultados son interesantes, porque a pesar de que en el currículum británico existe explícitamente una asignatura de educación sexual, el alumnado británico siente que ha recibido menor formación que los estudiantes españoles. En general, este hallazgo puede estar relacionado con las leyes estatales españolas que han garantizado una mayor inclusión educativa y ciudadana (Heras, y Ortega, 2020).

Además, los estudiantes universitarios españoles consideraron la educación sexual como necesaria e importante para su formación profesional. Por el contrario, los británicos no consideraron necesaria la educación sexual que han recibido, aunque señalan que la educación sexual es necesaria. Los estudiantes españoles señalaron como extremadamente y muy importante toda la formación en educación sexual recibida, y en especial, la impartida por profesionales educativos y de la salud, ONG, así como la lectura de literatura científica y en menor medida la proveniente de la familia, de los amigos y la obtenida a través de recursos informales como los medios de comunicación de masas. En la submuestra británica se encontraron respuestas muy heterogéneas con respecto a estos recursos. Un aspecto en el que coincidieron los estudiantes españoles y británicos es en la importancia de la formación en educación sexual a partir de los iguales.

La mayor diferencia encontrada para el alumnado de Reino Unido, la familia y las ONG es que no son consideradas agentes adecuados para enseñar educación sexual, especialmente las ONG que son muy rechazadas. La opinión sobre la formación impartida a través de las ONG es diferente en España, porque en el norte de este país, donde se obtuvo esta submuestra, mayoritariamente la Cruz Roja financiada por el Gobierno de España imparte esta formación en los centros educativos públicos y en concertados y privados que la soliciten (INJUVE, 2019).

Podemos considerar que en general el alumnado y los adultos en los estudios realizados reconocen como más importante la educación formal frente a la informal. No obstante, que consideren importante también la educación informal es un aspecto positivo si

de verdad son capaces de seleccionar y analizar críticamente la calidad científica de esta formación. Estos resultados concuerdan con las nuevas investigaciones en las que se ha producido una mejora educativa que es manifestada a través de predisposiciones más positivas hacia la sexualidad y del aumento de su conocimiento (Heras, y Ortega, 2020).

Los resultados que se han obtenido reflejan que los estudiantes tienen una visión muy sanitaria de la sexualidad, debido a las epidemias de las ITS que contribuyeron a que se impusiera la perspectiva preventiva sobre el resto de los aspectos de la sexualidad, como los afectivos, los sociales y los psicológicos (López Sánchez, 2015). De esta manera, en el Estudio II (Alonso, Heras, y Fernández-Hawylak, 2021) se reflejaba este tabú existente en las sociedades occidentales hacia la sexualidad. Además, la tendencia en las respuestas en los estudios realizados refleja que el alumnado buscaba información principalmente en fuentes informales.

Finalmente, en relación con la percepción de la utilidad y las competencias en educación sexual que el alumnado considera poseer, en Reino Unido se observa un gran descontento con la formación, ya que el 62.2% la considera entre poco y nada útil frente al 71.7% en España que la consideraría muy y extremadamente útil, si existiese. Estas diferencias se relacionan con los distintos contextos sociopolíticos de ambos países.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Bird, y Pitman (2019) en Reino Unido, que halló que los estudiantes británicos están descontentos porque consideran que los currículums universitarios están desfasados y no se adecúan a la diversidad étnica y sexual. Sin embargo, en el contexto español, existe una gran demanda por parte del profesorado, alumnado y familiares para la creación de una asignatura específica relacionada con la educación sexual en el currículum (Martínez, Paterna, y Gouveia, 2016). En cuanto a las competencias, en general los resultados fueron más similares en estos dos países y las respuestas no se encontraron tan polarizadas.

En todos estos estudios se encontró que la mayoría de los estudiantes se sienten entre algo y muy competentes para impartir formaciones en educación sexual, cuando ejerzan su profesión. También en estos estudios se correlacionó positivamente que aquellos que se consideraron muy y extremadamente competentes para impartir la educación sexual fueron los estudiantes que mostraron conductas y actitudes más positivas hacia la sexualidad.

Además, a partir de los resultados obtenidos a través de las escalas estandarizadas utilizadas en estas investigaciones, como la Escala de Comportamientos Sexuales Comunicativos Protectores/Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC, Catania, 1998), el Inventario de Actitudes Negativas hacia la Sexualidad/ Negative Attitudes Towards Sexuality Inventory (NA-MI, Abramson, y Mosher, 1975), la Escala del Doble Estándar Sexual/Double Standard Scale (DSS, Caron, Davis, Halteman, y Sticle, 1993) y la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad/Attitudes towards Sexuality Scale (ATSS, Fisher, y Hall, 1988), se ha encontrado que tener mayores habilidades en sexualidad se relaciona significativamente con la menor presencia de conductas sexuales de riesgo (HPSC), con menores actitudes sexistas (DSS), con predisposiciones menos negativas hacia la masturbación (NA-MI), y con mayores actitudes de liberalismo sexual y predisposiciones más positivas hacia la diversidad sexual (ATSS).

2.2. Conductas sexuales de riesgo

Para evaluar las conductas de riesgo se formularon los objetivos 5 y 7 que reproducimos: 5) Validar al español y revalidar al inglés la versión Likert de 4 respuestas de la Escala de Comportamientos Sexuales Comunicativos Protectores (HPSC), para el Estudio VI; y 7) Evaluar si existen diferencias en las actitudes y comportamientos sexuales por género, orientación sexual, nacionalidad, edad, curso formativo, universidad y otras variables sociodemográficas en muestras de jóvenes universitarios españoles y británicos. Comparar en esta población si existen correlaciones entre los comportamientos sexuales de riesgo y las actitudes negativas hacia la sexualidad y entre ellos en dichos comportamientos y predisposiciones, para el Estudio VIII.

En relación con los resultados obtenidos, las puntuaciones de la escala HPSC, indicaron que en las submuestras de estos dos estudios no se encontraron diferencias significativas en la comunicación de comportamientos sexuales por nacionalidades. La educación sexual basada en la prevención de ITS es una formación ampliamente impartida a nivel mundial, debido a la pandemia relacionada con el VIH, que ha hecho que este modelo sea la principal estrategia en todos los países (UNESCO, 2018; WHO, 2021).

Por otro lado, si comparamos estas puntuaciones con las obtenidas en el estudio de Van Der Straten, Catania, y Pollack (1998) en participantes entre 18 y 49 años ($M = 23.2$, SD

= 7.4, $N = 835$), de Levant, Rankin, Hall, Smalley, y Williams (2012) en participantes entre 18 y 49 años ($M = 25.5$, $SD = 5$, $N = 674$) y de Pereira, Fávero, Barbosa-Ducharne, Almeida, y Figueiredo (2015) en participantes entre 18 y 49 años ($M = 25.8$, $SD = 7.83$, $N = 537$), podemos comprobar que los participantes de nuestros estudios tienen una menor concienciación de las prácticas comunicativas relacionadas con el sexo seguro y estas diferencias son importantes. Además, en estas investigaciones, como en los estudios de Lara, Cianelli, Ferrer, Bernales, y Villegas (2008) y Gause, Brown, Welge, y Northern (2018) utilizando la escala HPSC, los temas de menor comunicación entre las parejas fueron hablar de no tener sexo si no se usaba el preservativo y la realización de pruebas serológicas antes de tener relaciones sexuales desprotegidas. Según Serovich, Laschober, Brown, y Kimberly (2017), la comunicación de estos dos aspectos está estrechamente relacionada con la prevención de ITS, siendo necesario continuar trabajando en el diseño de programas que se adecúen a esta problemática. Por lo tanto, estos resultados estarían relacionados con los datos obtenidos por la WHO (2019), el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)/WHO Regional Office for Europe (2019) y la Public Health Agency of Canada (2015), que exponen el aumento de ITS y de las conductas de riesgo sexual en la población.

En la muestra británica no se encontraron diferencias por religión y edad y en la muestra española no se encontraron diferencias por género y edad, pero en la muestra total sí se encontraron diferencias en estas variables. En general, no se encontraron diferencias por orientación sexual y curso formativo, lo que pone de manifiesto que la comunicación de comportamientos sexuales es similar e independiente de estas variables, coincidiendo con lo hallado en el estudio de Wagenaar, Florence, Adams, y Savahl (2018). Además, en la muestra británica no se encontraron diferencias según el nivel educativo de las familias.

Estos datos se relacionan con la reducción de prejuicios raciales, religiosos y sexuales al poder optar a un mayor acceso educativo y vivir en sociedades más inclusivas (Mackenzie, Michels, y Chang, 2020). A su vez, estos datos contradicen la visión que estigmatiza las conductas sexuales de riesgo y el contagio de ITS, asociado a orientaciones sexuales determinadas, recalcando que lo importante para reducir estos comportamientos es facilitar un acceso igualitario a la educación y a la sanidad, como sería el caso del colectivo universitario de estos dos países (Gafos et al., 2019; Van Anders, 2015).

En estos estudios no se obtuvieron diferencias por la rama de conocimientos estudiada, en contraposición con los resultados hallados en otros trabajos (Meador et al., 2016; Leaper, y Starr, 2019; Powell, y Sang, 2015) que mostraron que el alumnado de Ingenierías y Ciencias Sociales, en comparación con las carreras de Ciencias y Ciencias de la Salud, presentaban mayores adhesiones a conductas sexuales de riesgo que estaban vinculadas con una mayor presencia de varones y un menor estudio de la sexualidad.

Por otro lado, se encontraron diferencias por género, estado civil, religión y edad. Teniendo en cuenta el estudio de Skakoon-Sparling, y Cramer (2020), estos resultados diferentes por género podrían estar ligados con las conductas de negociación del uso del condón, asociadas en los varones a los mitos sobre la reducción del placer y motivación sexual o con la mayor adhesión masculina a los estereotipos sexuales (Ellemers, 2018). Además, según Poteat, Russell, y Dewaele (2019), la falta de comunicación en la pareja sexual aumenta el riesgo de la transmisión de enfermedades sexuales asociado al sexismo y a la violencia de género, lo cual se relaciona con las correlaciones obtenidas entre esta escala HPSC y la Doble Estándar Sexual (DSS) de Caron et al. (1993). Finalmente, en concordancia con la investigación de Gafos et al. (2019), en nuestros estudios se encontró una mayor presencia de conductas de riesgo en personas solteras, no religiosas y de mayor edad que en el resto de los grupos de la muestra. Estos resultados están relacionados con la presencia de más situaciones que conllevan a que las personas se expongan a conductas de riesgo sexual.

2.3. Prejuicios sexuales y predisposiciones negativas hacia la sexualidad

Para estudiar los prejuicios y las predisposiciones negativas hacia la sexualidad se formularon los siguientes objetivos: 4) Validar al inglés la Escala de Actitudes Negativas hacia Personas Trans/Scale of Negative Attitudes towards Transgender People (EANT), para el Estudio V; 6) Validar al español y revalidar al inglés la Escala de Comportamientos Inclusivos hacia las Personas Transgénero/Transgender Inclusive Behaviour Scale (TIBS), para el Estudio VII; y también el Estudio VIII está dirigido a examinar las variables criterio y su vinculación con prejuicios sexuales y predisposiciones negativas hacia la sexualidad, como ya se ha indicado.

Para alcanzar estos objetivos, en el Estudio V se consiguió validar al inglés la escala EANT y en el Estudio VII se validó al español la escala TIBS a través de un Análisis Factorial

Exploratorio (AFE) y un Análisis Factorial Confirmatorio (CFA). Las actitudes hacia la sexualidad, han sido medidas en estos estudios a través de la Escala del Doble Estándar Sexual (DSS, Caron, et al., 1993), del Cuestionario de Opiniones Sexuales/ Sexual Opinion Suvery (SOS, Fisher et al., 1988), de la Escala de Actitudes Heterosexuales hacia la Homosexualidad / Heterosexual Attitudes Towards Homosexuality Scale (HATH, Larsen et al., 1980), de la Escala de Actitudes Negativas hacia Personas Trans (EANT, Páez, Hevia, Pesci, y Rabbia, 2015) y de la Escala de Comportamientos Inclusivos hacia las Personas Transgénero (TIBS, Kattari, O'Connor, y Kattari, 2017).

En general, las actitudes de adhesión al doble estándar sexual (DSS), las predisposiciones positivas hacia la sexualidad y las actitudes eróticas (SOS), homofílicas (HATH) y transfóbicas (EANT) y las conductas inclusivas hacia las personas trans (TIBS) de los participantes en los estudios de esta investigación, fueron más positivas en comparación a las obtenidas en otros estudios previamente analizados. En las puntuaciones de las escalas administradas en estos estudios (DSS, SOS, HATH, EANT y TIBS) se encontraron actitudes más positivas hacia la sexualidad en mujeres, personas de la Comunidad LGTBIQ+, en no creyentes y en personas con nacionalidad española y/o británica en comparación con el resto de los participantes. A continuación, vamos a presentar y a discutir los hallazgos organizados en tres apartados centrados en el sexismo, la erotofilia y los prejuicios hacia la diversidad sexual:

- *Actitudes hacia la adhesión a los roles sexuales. Análisis de las puntuaciones de la Escala del Doble Estándar Sexual (DSS, Caron et al., 1993)*

En las puntuaciones de la escala DSS se encontraron una mayor adhesión a los roles de género por nacionalidad, siendo mayor en las personas españolas que en las británicas y esta adhesión a su vez fue mayor en el alumnado de otras nacionalidades diferentes a la española y a la británica. Como exponen Wesche, y Dickson-Gomez (2019), los roles de género son aprendidos y están fuertemente regulados por las normas socioculturales y el contexto histórico en el que se viva. En comparación con estudios previos como el estudio original de la escala DSS de Caron et al. (1993), realizado en estudiantes de primer año universitario ($M = 40.9$, $SD = 5.3$, $N = 330$) y en muestras similares de estudiantes españoles ($M = 42.1$, $SD = 5.6$, $n=400$), como en la traducción al español de la escala de Sierra, Rojas,

Ortega, y Martín-Ortiz (2007), se obtuvieron puntuaciones en esta escala similares en los Estudios VII y VIII. Estos hallazgos muestran que los guiones sexuales no han cambiado sustancialmente (Ellemers, 2018).

Por otro lado, las actitudes hacia el doble estándar sexual fueron más negativas en la orientación heterosexual y en los creyentes que en el resto de las orientaciones sexuales. Estos datos se relacionan con el hecho de que las personas de la comunidad LGTBQ+ han tenido que hacer frente a otros prejuicios y por tanto suelen presentar actitudes más positivas y tolerantes hacia la sexualidad y una menor adhesión a roles sexuales (Holland, Rabelo, Gustafson, Seabrook, y Cortina, 2016). En cuanto a la adhesión religiosa, esta se vincula con las variables culturales que han influido en las normas sociales de estos dos países (Parker, Wellings, y Lazarus, 2009). En relación con la variable estado civil no se obtuvieron diferencias significativas, indicando que no era una variable predictora en este estudio de la adhesión a los roles sexuales. No obstante, se encontraron diferencias por género, curso, por rama de conocimientos y por edad. Estas diferencias indicaron que el alumnado de ramas humanísticas y de ciencias con menor edad tenía una menor adhesión a los roles sexuales que el resto de los participantes de esta muestra.

Estos hallazgos pueden contradecir la literatura previa en la que se considera que la madurez aumenta la concienciación sobre las injusticias, tendiendo a disminuir la adhesión a los roles de género y el sexismo, pero la educación también desempeña un papel muy importante y actualmente se tiende a crear sociedades más inclusivas y menos discriminatorias en estos aspectos. Por tanto, los guiones sexuales cambian y se adaptan a la cultura en la que las personas se encuentran inmersas (Ríos-González, Peña, Duque, y De Botton, 2018; Walfield, 2018). Los resultados de nuestra investigación en general se relacionan con una disminución del sexismo manifiesto y la aparición y mantenimiento de otros tipos de sexismo como el sutil y el moderno, más difíciles de detectar, y que ponen de manifiesto la necesidad de crear nuevos instrumentos para evaluar estos constructos.

- *Actitudes erotofóbicas y erotofílicas hacia la sexualidad. Análisis de las puntuaciones del Cuestionario de Opiniones Sexuales (SOS, Fisher et al., 1988)*

Al analizar los resultados de la escala SOS, mostrados en los Estudios VI y VIII, se encontraron diferencias significativas por nacionalidad, presentando actitudes más positivas

en los estudiantes universitarios españoles que en los de Reino Unido. Estos resultados se relacionan con las diferencias socioculturales y educativas en sexualidad que son aprendidas en cada país (Miller, Kidd, Raggatt, McBain, y Li., 2020). Por ejemplo, según Vallejo et al. (2016) al comparar estudiantes universitarios españoles y colombianos a través de una versión abreviada de la escala SOS, también se encontraron diferencias más positivas en los estudiantes españoles y estas fueron asociadas a las diferentes medidas educativas y legislativas de ambos países.

Además, en el estudio de Gilbert, y Gamache (1984), se encontraron diferencias significativas por nacionalidades, mostrando actitudes más erotofílicas en los estudiantes universitarios de Estados Unidos y Canadá frente a estudiantes de India, Hong Kong, Israel, Brasil y Japón. En este mismo estudio, al igual que en el Estudio VIII, se encontraron diferencias significativas que indicaron actitudes más erotofóbicas en personas creyentes. Según Lusey, San Sebastian, Christianson, y Edin (2017), la adhesión a ideologías más conservadoras y la devoción religiosa se asociaba positivamente con actitudes más negativas hacia la homosexualidad y el placer sexual como la masturbación, apoyando los hallazgos obtenidos en el Estudio VIII.

Por otro lado, en el Estudio VIII se encontraron diferencias por orientación sexual y estado civil siendo más negativas en las personas heterosexuales y solteras que en el resto de los participantes de la muestra. Estos hallazgos obtenidos en el Estudio VI y en el Estudio VIII también mostraron la existencia de correlaciones entre las escalas SOS con la HPSC y DSS, que indicaron que la presencia de actitudes erotofílicas se relaciona con una menor adhesión a los roles sexuales (DSS) y menores conductas sexuales de riesgo. De acuerdo con Van-Lankveld, Wolfs, y Grauvogl (2020), las personas que tienen pareja sexual tienden a tener más experiencias sexuales y a adaptar sus guiones sexuales en función de las relaciones estables que tengan. Los solteros, a diferencia de las personas que tienen pareja, se adhieren más a los guiones sexuales del momento histórico que estén viviendo.

Además, en el estudio VIII no se encontraron diferencias por género, rama formativa, curso y edad. Estos resultados son contradictorios a los estudios de Gilbert y Gamache (1984), Carpintero, y Fuertes (1994), Lameiras (1997) y del Río, Vega, y Santamaría (2013), en los que se encontraron diferencias significativas por género, siendo más negativas en las mujeres frente a los varones. Sin embargo, en estudios más actuales como los de Bermúdez,

Ramiro, y Sánchez (2014), García, Rico, y Fernández (2017) y Vallejo et al. (2016), tampoco se encontraron diferencias significativas por género. Según García, Rico, y Fernández (2017), que realizaron un estudio con muestras universitarias, expusieron que estos resultados se deben al cambio de actitudes que se han producido socialmente y han permitido que las mujeres disfruten de una mayor libertad sexual y tengan actitudes erotofílicas que hasta entonces no se consideraban apropiadas para este género. Este autor también señaló que las actitudes erotofílicas están más relacionadas con las experiencias sexuales y con las variables socioculturales vividas que con la rama de conocimientos universitarios que se esté estudiando.

Finalmente, en el Estudio VI y en el Estudio VIII se encontraron actitudes más erotofílicas, en comparación con otros estudios previos como en el de Rise, Træen, y Kraft (1993) en estudiantes noruegos de entre 17 a 19 años ($M = 75.8$, $SD = 7.1$, $N = 1172$), en el estudio de Gilbert, y Gamache (1984) en estudiantes universitarios estadounidenses ($M = 98.58$, $SD = 19.4$, $N = 267$) y canadienses ($M = 85.18$, $SD = 15.1$, $N = 95$), en el estudio de del Río, Vega, y Santamaría (2013) en población adulta española ($M = 84.64$, $SD = 18.8$, $N = 313$) y en el de García, Rico, y Fernández (2017) en una muestra similar de estudiantes universitarios de la Universidad de Oviedo ($M = 69.96$, $SD = 16.8$, $N = 411$). Según Dawson et al. (2019), estos resultados pueden estar relacionados con la mayor libertad sexual, el mejor acceso universal educativo y la promoción de la igualdad social.

Para concluir, la cultura imperante en los diferentes periodos históricos tiene un fuerte impacto en la construcción de los estímulos que se consideran erotofílicos y erotofóbicos (Swami, Weis, Barron, y Furnham, 2017), como hemos podido apreciar también en nuestra investigación general.

- *Actitudes hacia la diversidad sexual. Análisis de las puntuaciones de la Escala de Actitudes Heterosexuales hacia la Homosexualidad (HATH), la Escala de Actitudes Negativas hacia Personas Trans (EANT) y la Escala de Comportamientos Inclusivos hacia las Personas Transgénero (TIBS, Kattari, O'Connor, y Kattari, 2017)*

Al analizar las escalas HATH, EANT y TIBS en los Estudios V, VII y VIII de este compendio, se encontraron diferencias significativas por nacionalidades en las escalas

HATH y EANT, pero no se encontraron en la TIBS. Estos resultados indicaron actitudes más positivas hacia la homosexualidad y las personas trans en los estudiantes españoles que en los estudiantes británicos y de otras nacionalidades. En estos tres estudios (V, VII y VIII) también se obtuvieron puntuaciones más positivas en la escala HATH en comparación con los resultados de otras investigaciones previas, como la de Larsen, Reed, y Hoffman (1980) en estudiantes universitarios de psicología del Estado de Oregón ($M = 58.6$, $SD = 14.7$, $N = 80$), la de Larsen, Cate and Reed (1983) en estudiantes universitarios de este mismo estado ($M = 60.76$, $SD = 14.5$, $N = 314$), la de McDermott et al. (2018) en estudiantes de psicología de universidades de Europa del Este ($M = 53$, $SD = 9.9$, $N = 66$) y la de Reddy, Reddy, Ohri, y Vankar (2016) en profesionales recién graduados en la India ($M = 58.51$, $SD = 6.67$, $N = 57$). Además, las puntuaciones medias obtenidas en la escala EANT en los Estudios V, VII y VIII muestran actitudes más positivas que en el de Paéz et al. (2015) en estudiantes universitarios y población general de Argentina ($M = 28.03$, $SD = 9.82$, $N = 387$). También se encontraron actitudes menos positivas en las puntuaciones de las submuestras británicas de los Estudios V, VII y VIII que en las de García et al. (2020) en población adulta española de las Islas Canarias ($M = 15.8$, $SD = 4.58$, $N = 602$). No obstante, estas predisposiciones han sido más positivas en las submuestras españolas de los Estudios VII y VIII que las de García et al. (2020). Finalmente, las puntuaciones obtenidas en la escala TIBS en los Estudios VII y VIII en universitarios muestran comportamientos menos inclusivos que las halladas en el estudio de Kattari et al. (2017) en adultos ($N = 918$, $M = 47.60$, $SD = 12.69$). Estas diferencias pueden estar relacionadas con la muestra de la investigación de Kattari et al. (2017), que estaba constituida por 30.4% de individuos trans o con género no conforme, respecto al 3.6% de personas trans o con género no conforme presentes en el Estudio VIII. La representación de alumnado trans y no binario en los Estudios V y VII fue inferior o similar al porcentaje del Estudio VIII.

En general, los hallazgos obtenidos a través de estas escalas en estos tres estudios (V, VII y VIII) muestran actitudes muy positivas hacia la homosexualidad y la transgeneridad en todos los grupos. Estos datos se vinculan con la reducción de predisposiciones negativas directas (manifiestas) hacia la homosexualidad y la transgeneridad asociados con una mayor visibilidad y respeto hacia la pluralidad sexual, producidos gracias a las mejoras educativas y legislativas (Allen, 2019). No obstante, las conductas no inclusivas siguen presentes en la

sociedad y es necesario continuar investigando y evaluando estas cuestiones para disminuir la discriminación manifiesta y sutil que sufren las personas trans en la universidad (Madžarević, y Soto-Sanfiel, 2018).

Por otro lado, en el Estudio VIII se encontraron actitudes más positivas hacia la homosexualidad y conductas más inclusivas hacia la transgeneridad en las mujeres, en las personas del colectivo LGTBIQ+ y en las personas no creyentes y no se han hallado diferencias en estas conductas según el estado civil de los participantes. Estas mismas diferencias son apoyadas en los estudios de Barrientos, y Cárdenas (2010), Larsen et al (1980) y McDermott et al. (2018). Estos autores también señalaron que las actitudes negativas hacia la homosexualidad correlacionan positivamente con las actitudes de presión social de los pares, la religiosidad y el autoritarismo (Timmins, Rimes, y Rahman, 2020). Según Heras, y Ortega (2020) las actitudes sexistas y prejuiciosas hacia la homosexualidad están más presentes cuanto más adhesión haya a las normativas sexuales impuestas en la cultura, de ahí que en el Estudio VIII se hayan encontrado correlaciones entre las escalas HATH y DSS y HATH y SOS. Estos resultados indican que los universitarios que tuvieron actitudes más homofílicas también presentaron una menor adhesión a los roles de género y predisposiciones más positivas hacia la apertura sexual.

Además, en los Estudios V y VII se obtuvieron fuertes correlaciones entre las escalas HATH, EANT y TIBS que se utilizaron para medir las actitudes y conductas hacia la diversidad sexual, que indicaron que los universitarios con actitudes más positivas hacia la homosexualidad y la transgeneridad también tuvieron conductas más inclusivas hacia las personas trans. Estas mismas diferencias son soportadas en los estudios de Fonseca, Oliveira, de Araujo, Cerqueira-Santos, y de Melo (2019) y Meyer, Quantz, Taylor, y Peter (2019). Estos autores mostraron que las actitudes negativas hacia la transgeneridad correlacionaban fuerte y positivamente con medidas de homofobia, autoritarismo de derecha, fundamentalismos religiosos, sexismo, propensión a la agresión y aceptación de la cultura de la violación. Además, los hallazgos de los Estudios V (validación de la EANT en inglés), VII (validación de la TIBS en español) y VIII son similares a los resultados obtenidos en los estudios de validación de la escala EANT por Páez et al. (2015) y de la escala TIBS por Kattari et al. (2017).

En los Estudios V, VII y VIII también se confirma la hipótesis de transferencia señalada por Norton, y Herek (2013) que vincula los prejuicios hacia la diversidad de orientaciones sexuales con el prejuicio hacia las personas trans y no binarias. Además, las diferencias actitudinales y conductuales, obtenidas por variables sociodemográficas (género, edad, orientación sexual, curso, etc.) evaluadas en estos tres estudios (V, VII y VIII), podrían respaldar el indicador de que las predisposiciones negativas hacia la diversidad sexual se basan y se mantienen dentro de los prejuicios grupales (Paéz, Rabbia, Hevia, y Pesci, F. 2018).

En el Estudio VIII también se analizaron las predisposiciones y comportamientos hacia la sexualidad de los estudiantes universitarios en función de la rama de conocimientos y el curso matriculado, encontrándose actitudes más positivas y conductas más inclusivas hacia la diversidad sexual en las ramas de conocimiento de Ciencia de la Salud, de Ciencias y de Humanidades frente a las Ingenierías y a las Ciencias Sociales y Económicas. Además, se hallaron actitudes más positivas en el alumnado de los primeros cursos de grado frente a los últimos cursos y a su vez actitudes más positivas en los graduados que en los posgraduados. Las puntuaciones de las escalas HATH, EANT y TIBS, obtenidas en este Estudio VIII, son similares a las puntuaciones obtenidas en los estudios de Larsen et al. (1983), Barrientos, y Cárdenas (2010), Heras, y Ortega (2020), Cardona, Nordfjell, Gaini, y Heikkinen (2018) y Haley, Tordoff, Kantor, Crouch, y Ahrens (2019) en los que también se encontraron diferencias en estos prejuicios por curso, siendo más negativas las actitudes en las carreras en las que se impartían menos competencias en educación sexual.

En los Estudios V, VI, VII y VIII se han encontrado predisposiciones más positivas hacia la diversidad sexual en los estudiantes más jóvenes y en los Estudios II y III, que son menos recientes, no se obtuvieron estas diferencias. No obstante, como hemos evaluado en la literatura previa y expuesto en el análisis de las escalas del Estudio VIII, en estos últimos diez años se está produciendo un cambio actitudinal positivo, gracias a la educación y a la legislación que está invirtiendo la influencia que ejerce la variable de la edad (transformación generacional) en las actitudes hacia la sexualidad, siendo más positivas a menor edad.

3. CONCLUSIÓN GENERAL

En general consideramos respondidos los interrogantes formulados para esta investigación.

Las fortalezas que presenta esta investigación residen en que en tres de los estudios del compendio se han validado nuevos instrumentos para medir estos prejuicios y conductas hacia la sexualidad y todos los estudios contribuyen a expandir la información obtenida a través de estas escalas y lo hacen mediante una valoración transcultural, a través de múltiples variables sociodemográficas y personales que han sido evaluadas con metodologías mixtas (cuantitativa y cualitativa).

Los resultados muestran que las medidas educativas y legislativas que se han llevado a cabo están contribuyendo de manera muy positiva a reducir las actitudes negativas hacia la sexualidad, al mostrarse menos diferencias por género, curso académico y por edad. La reducción de la homofobia manifiesta ha sido muy significativa en la presente investigación. No obstante, las actitudes de adhesión a los roles de género obtenidas siguen siendo muy similares a las de otros estudios previos realizados por otros investigadores. Estos hallazgos sugieren seguir evaluando los prejuicios desde una perspectiva centrada en actitudes más indirectas que directas que midan el sexismo moderno, la homofobia sutil y las conductas inclusivas hacia la diversidad sexual. Al comparar los Estudios II y III con los Estudios IV, V, VI, VII y VIII, que son los más recientes de esta investigación, hemos podido comprobar que las actitudes hacia la sexualidad son más positivas, pero las conductas sexuales de riesgo están tendiendo a incrementarse.

Otro aspecto importante es que las variables criterio: nacionalidad y religión, asociadas a variables socioculturales aprendidas en los entornos en los que las personas se desarrollan, son las que han tenido mayor influencia en las actitudes negativas. En estos 5 últimos estudios de la investigación apenas se encontraron diferencias entre los comportamientos y actitudes entre los dos países, aunque se halló una menor adhesión a los roles de género en Reino Unido y predisposiciones más positivas hacia la erotofilia y la diversidad sexual en España. No obstante, estas actitudes han sido más negativas en el alumnado que tenía otra nacionalidad diferente a la española y a la británica, señalando que la educación y la legislación de estos dos países ha desempeñado un papel positivo en la adquisición de estas predisposiciones. Como se refleja en este análisis, la educación y la

influencia sociocultural son los factores más importantes en la predisposición de las actitudes negativas hacia el sexismo, la erotofobia y la diversidad sexual.

También se señala la importancia de continuar formando holísticamente en sexualidad para hacer frente al aumento de las conductas de riesgo y al incremento de los nuevos casos de ITS en Europa, donde según esta investigación y la literatura previa analizada, estarían relacionadas con las intervenciones educativas y sanitarias insuficientes. En cuanto a las conductas sexuales obtenidas en la investigación fueron muy similares por edad, formación y país, debido a que la educación en este aspecto ha sido mucho más globalizada.

Por tanto, la sexualidad y su vivencia saludable se han convertido en un tema que concierne a todos los ciudadanos independientemente de nacionalidades y culturas, subrayando la necesidad de establecer una educación positiva y global que sea accesible para todas las personas, basada en la promoción de la igualdad y alejada de cualquier tipo de prejuicio y estigma.

Los datos obtenidos en los estudios de esta investigación pueden contribuir a diseñar instrumentos relacionados con la medición de la sexualidad adaptados a los jóvenes. Los estudios realizados posibilitan la comprensión y la construcción de información y conocimiento sobre las actitudes y los comportamientos sexuales de riesgo que llevan a cabo los futuros profesionales. Además, este análisis puede ser usado como recurso para establecer estrategias educativas.

Por consiguiente, no debemos olvidar que la formación en sexualidad de los jóvenes y futuros profesionales debe fundamentarse en el modelo de Educación Sexual biográfico-profesional y poseer la adecuada visión psicobiológica y sociocultural para que este alumnado sea capaz de abordarla transversalmente en su desempeño diario y profesional. Su educación en sexualidad y la adquisición de estas competencias influirá en los cambios sociales y en la educación para la salud de las nuevas generaciones.

4. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A priori no consideramos un inconveniente la realización de los estudios que conformaron la investigación con muestras de estudiantes de educación superior, ya que constituían el objetivo general de la misma: examinar las competencias en sexualidad de estudiantes de educación superior y comparar sus conductas y actitudes sexuales negativas.

No obstante, encontramos limitaciones en esta investigación. Por una parte, debido a la pandemia provocada por la COVID-19, la mayoría de los estudiantes que participaron en la investigación contestaron de manera online a las encuestas de los Estudios V, VI, VII y VIII. Por tanto, la muestra recogida no incorpora a todo el alumnado de los grados universitarios que constituye esta población. Las encuestas podrían haber sido respondidas, en mayor medida, por aquellas personas que estaban especialmente interesadas en esta temática, sesgando los resultados obtenidos. Por otra parte, la muestra no es homogénea en cuanto al género, estando constituida por un mayor número de mujeres. Estas diferencias por género podrían estar relacionadas con una mayor presencia de mujeres en la universidad en los estudios de grado, que tienden a igualarse en posgrados y a ser menor en los estudios de doctorado (Eurostat, 2020). Además, hubiera sido interesante añadir más variables de interés, como la autoestima, relacionadas con este constructo y poder llevar a cabo una intervención educativa construida a partir de los datos descubiertos en la investigación.

En futuros estudios sería interesante ampliar la muestra y evaluar estas mismas variables sociodemográficas y usar estas escalas en otras universidades, valorando otros factores muy estudiados en otras investigaciones previas, como ideales políticos, estatus socioeconómico o autoconcepto.

A su vez, sería aconsejable ampliar el estudio de las conductas sexuales de riesgo, para establecer más variables relacionadas con el aumento de estos comportamientos vinculados con el incremento mundial de contagio de ITS.

Sería recomendable volver a realizar el Estudio VIII transcurridos unos años para evaluar el impacto que ha tenido la Educación Sexual en Reino Unido después del Brexit y tras la implantación de la asignatura obligatoria en sexualidad integral, que entró en vigor en 2020, denominada “*Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education*” (Educación en Relaciones, Educación en Relaciones y Sexual (RSE) y Educación para la Salud). Este mismo impacto también debería continuar siendo evaluado

en España a raíz de la nueva ley educativa (LOMLOE, Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre), que recoge la sexualidad en el currículum transversalmente y de la ley de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales (Ley 2/2021, de 7 de junio).

Deberían emplearse diseños de investigación longitudinales que combinen la metodología cuantitativa y cualitativa, para establecer mejor las relaciones causales entre las variables de interés y las escalas y así, explorar si estos comportamientos de riesgo y actitudes cambian a medida que los individuos progresan en la universidad y posiblemente maduren sexualmente.

También sería de utilidad tomar en cuenta estas recomendaciones para crear intervenciones educativas que contribuyan a desarrollar programas adaptados a las necesidades educativas actuales.

1. INTRODUCTION

This chapter will discuss the general results obtained and their impressions in relation to the studies of this compendium, mainly in samples of higher education students.

In the discussion, we evaluate if we have achieved the main and secondary objectives. Firstly, this discussion will focus on analyzing the influence of sociodemographic and cultural variables on sexual risk behaviors, on inclusive behaviors towards gender diversity and on negative predispositions towards sexism, erotophobia, homophobia and transphobia. The predictive variables of these studies refer to nationality, age, gender, sexual orientation, marital status, sexual education received and university degree and course.

Secondly, the relationship between behaviors and predispositions towards sexuality is described in order to understand the influence of these constructs, in order to obtain a comprehensive approach of sexuality.

Finally, the main conclusions drawn from these studies are offered, as well as their limitations and future research that is proposed based on the results obtained.

2. GLOBAL DISCUSSION

The main objective of this research was to examine the sexuality competencies of higher education students and to compare negative sexual behaviours and attitudes between Spanish Vocational Training students and university students from Spain and the United Kingdom. In addition, seven secondary and three cross-cutting objectives were proposed in this research.

These objectives have been achieved on the eight studies which compose this research. The results of these studies also confirmed the main hypotheses raised in them.

In the majority of these studies, the sexuality skills of higher education learners have been examined before their transition to professional practice, so we can consider the general objective achieved. The criterion variables were evaluated in these groups and in the intragroup of the different subsamples. The discussion will be carried out unified.

Regarding the variety of sociodemographic data, it can be considered that the participants of these samples are similar in the groups by gender, sexual orientation, marital status and religion, related to the homogeneity of the European continent and therefore, its sociocultural norms (Del-Castillo, Cachón-Rodríguez, & Paz-Gil, 2020), with the exception of Study III in the Nursing Degree, in which its sample was primarily female, describing the reality of these profession.

Returning to the general data, greater ethnic and national diversity was found in the British sample than in the Spanish sample. 94% of the participants from Spain had Spanish nationality compared to 74% of the students from the United Kingdom who had British nationality, showing greater sociocultural diversity in this country. These socio-demographic results are similar to what was found in the investigations of Duarte (2020) and McGhee and Zhang (2017). In relation to university education, the greatest difference was obtained with respect to the number of Educational degrees students, which was higher in Spain than in the United Kingdom. Nevertheless, if we join the Branches of Humanities, Arts and Education of each country, the number of participants is similar. This situation is related to the fact that the qualification to be able to practice as a teacher of early childhood and primary education in the United Kingdom can also be achieved through master's degrees. Thus, the possibility of access is more versatile than in Spain, because it is not a necessary requirement to carry

out the Early Childhood and Primary Education Teacher Degree, although this training also exists in the United Kingdom (Aramendi, & Aramendi, 2020).

Another difference found in the samples by academic year is related to the difference in university degrees, since in the United Kingdom degree are usually 3 years and in Spain are 4 years (De La Fuente, & Martín, 2020), but the number of undergraduates in both samples were similar. In relation to the number of postgraduate students, it was higher in the Spanish sample than in the British one, due to the ease of access to the Spanish sample by the main researcher. The level of education of the parents and legal guardians was only asked in the British sample, therefore, it has not been possible to compare it with the education of the parents or legal guardians in Spain.

In relation to the common predictive variables of these studies, it was found that sexual risk behaviours were higher in males and single individuals compared to the rest of the groups. However, in relation to inclusive behaviours and attitudes towards sexual diversity, it was found that they were more positive in women, in people from the LGBTBIQ+ Community, in younger students, in non-religious people and in students from Humanistic, Education, Sciences and Health Sciences Degrees. Marital status was not presented as a predictive criterion variable of predispositions, although significance was obtained in its results for sexual behaviours. Furthermore, it was found that the people with a greater adherence to healthy sexual behaviours were those who also had the most positive attitudes and vice versa. Strong correlations between predispositions and behaviours obtained on the compendium studies supported this premise.

In general, an increase in risky sexual behaviours and a decrease in direct prejudices were discovered in this studies, showing a greater presence of subtle and non-manifest discriminations. The findings obtained in the sample of vocational training students showed greater adherence to gender roles and other negative attitudes towards sexuality and similar adherence to risky sexual behaviour than university students. In the university sample, subtle prejudices are more present than manifest ones. The rest of results obtained are very similar.

Finally, in relation to the sexual education received, the answers were very varied depending on the country and age. The responses showed greater discontent in the United Kingdom than in Spain. This discontent expressed in the United Kingdom may be related to

the existence of more formal training and thus a lower demand for its implementation in the curriculum and a greater demand for review and renewal of the content taught.

In the following sections, the findings will be presented in detail through the discussion of the objectives formulated in the research.

2.1. Global sexuality education

The study of global sexuality education is mostly linked to the first three secondary objectives. As a reminder, these aims were: 1) Contribute to the global and interdisciplinary debate that has been generated around the discipline of Global Health in Higher Education (Study I); 2) To analyse the quality of sexual education received by the students of training cycles and nursing students (Studies II and III); and 3) Understand the factors and consequences of sexual risk behaviours in young adults and explore educational approaches to prevent them (Studies IV and VIII).

Most of the students who answered the questions in these studies received sex education mainly during Secondary Education, with 77.96% in Spain and 42.83% in the United Kingdom. 22.64% of Spanish students and 23.53% of British students stated that they had received it during Primary Education. 4.4%, 30.24% and 12% of Spanish students and 0.7%, 4.7% and 0.5% of British students stated that they had received sexual education in the rest of the educational levels, respectively in the Early Childhood Education, Sixth Form, Vocational Training and University. These differences in the data were not corresponded with the average number of hours of sexual education received between the two countries, since both obtained a similar average number of hours by educational level, with the exception of the average university hours, which in Spain were 28.47 and in the United Kingdom of 4.65 hours. These data may be biased because one participant reported having received 250 hours of training, when eliminated, the average number of hours is very similar between these two countries.

This difference between the Spanish and English frameworks may be related to the formation of Spanish educational degrees that include subjects focused on diversity and coeducation (Martínez, Vicario-Molina, González, and Ilabaca, 2014). These results are interesting, because despite the fact that there is an explicit sex education subject in the British curriculum, British students feel that they have received less training than Spanish

students. In general, this finding may be related to the Spanish state laws that have guaranteed greater educational and citizen inclusion (Heras, & Ortega, 2020).

In addition, Spanish university students considered sex education as necessary and important for their professional training. In contrast, the British did not consider the sex education they have received to be necessary, although they point out that sex education is necessary. The Spanish students pointed out as extremely and very important all the training in sexual education received, and especially, that given by educational and health professionals, NGOs, as well as the reading of scientific literature; and to a lesser extent that coming from family, friends and that obtained through informal mass-media resources. One aspect in which the Spanish and British students agreed is the importance of training in sexual education from peers.

In the British sample, very heterogeneous responses were found regarding these resources. The biggest difference found is that for UK students, the family and NGOs are not considered good agents for teaching sex education, especially NGOs, which are highly rejected. The opinion on the training provided through NGOs is different in Spain, because in the north of this country, where this Spanish sample was obtained, the Red Cross, financed by the Spanish Government, provides this training in public educational centres and in concerted and private centres who request it (INJUVE, 2019).

We can consider that in general the students and adults in the studies carried out recognize formal education as more important than informal. However, the fact that they also consider informal education important is a positive aspect, if they are really capable of selecting and critically analysing the scientific quality of this training. These results are consistent with another research in which there has been an educational improvement that is manifested through more positive predispositions towards sexuality and increased knowledge about sexual diversity (Heras, & Ortega, 2020).

The results that have been obtained in the Study II and III reflected that students have a sanitary perspective of sexuality, due to the Sexual Transmitted Infections (STIs) epidemics. This fact contributed to the preventive perspective were imposed beyond the rest of the aspects of sexuality such as affective, social and the psychological (López Sánchez, 2015). In this way, Study II (Alonso, Heras, & Fernández-Hawylak, 2021) reflected the

existing taboo in Western societies towards sexuality. The trend in the responses in the studies showed that the students sought information mainly from informal sources.

Finally, we are going to analyse the perception of the usefulness and competence in sexual education that the students consider possessing. A greater dissatisfaction towards sexuality training was observed between the UK and the Spanish students, due to 62.2% of UK students considered this training not useful compared to 71.7% of Spanish that would consider it very and extremely useful, if this education existed. These differences are related to the different educational contexts of both countries.

These results are consistent with the study by Bird, and Pitman (2019) in the United Kingdom, which found that British students are unhappy due to they consider university curricula to be outdated and not suitable for ethnic and sexual diversity. Nevertheless, in the Spanish context, there is a great demand from teachers, students and families for the creation of a specific subject related to sex education in the scholar curriculum (Martínez, Paterna, & Gouveia, 2016). Regarding skills, in general the results were more similar in these two countries and the answers were not so polarized.

In this research, it was found that the majority of students feel between somewhat and very competent to provide training in sex education when they practice their profession. It also positively correlated that those who considered themselves very and extremely competent to teach sexuality education were the students who showed more positive behaviours and attitudes towards sexuality.

In addition, based on the results obtained through the standardized scales used in these investigations, such as the Health Protective Communicative Sexual Behaviors Scale (HPSC, Catania, 1998), the Negative Attitudes Towards Sexuality Inventory (NA-MI, Abramson, & Mosher, 1975), the Double Standard Scale (DSS, Caron, Davis, Halteman, & Sticle, 1993), and the Attitudes Towards Sexuality Scale (ATSS, Fisher, & Hall, 1988), it was found that the lower presence of risky sexual behaviors (HPSC) correlates with lower sexist attitudes (DSS), with less negative predispositions towards masturbation (NA-MI), and with greater attitudes of sexual liberalism and more positive predispositions towards sexual diversity (ATSS).

2.2. Risky sexual behaviour

To evaluate risk behaviours, objectives five and seven were formulated below: 5) To validate in Spanish and revalidate in English the 4-response Likert version of the Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC) for the Study VI; and 7) To assess whether there are differences in sexual attitudes and behaviours by gender, sexual orientation, nationality, age, university courses and other sociodemographic variables in the UK and the Spanish samples and To compare in this population if there are correlations between risky sexual behaviours and negative attitudes towards sexuality, for Study VIII.

In relation to the results obtained, the HPSC scale scores indicated that in the samples of these two studies no significant differences were found in the communication of sexual behaviours by nationality. Sex education based on the prevention of STIs is a training widely taught worldwide due to the pandemic related to the HIV that has made this model the main strategy worldwide (UNESCO, 2018; WHO, 2021).

On the other hand, if we compare these scores with those obtained in the study by Van Der Straten, Catania, and Pollack (1998) in participants between 18 and 49 years ($M = 23.2$, $SD = 7.4$, $N = 835$), by Levant, Rankin, Hall, Smalley, and Williams (2012) in participants between 18 and 49 years old ($M = 25.5$, $SD = 5$, $N = 674$) and by Pereira, Fávero, Barbosa-Ducharne, Almeida, and Figueiredo (2015) in participants between 18 and 49 years ($M = 25.8$, $SD = 7.83$, $N = 537$), we can verify that the participants of our studies have a lower awareness of the communicative practices related to safe sex. These differences are important due to they pointed out the increase in this study of the sexual risk behaviours. In addition, in this research as in the studies by Lara, Cianelli, Ferrer, Bernales, and Villegas (2008) and Gause, Brown, Welge, and Northern (2018) who also use the HPSC scale, it was found that the least communication items between couples were talking about not having sex if condoms were not used and performing serological tests before having unprotected sex. According to Serovich, Laschober, Brown, and Kimberly (2017), the communication of these two aspects is closely related to the prevention of STIs, and it is necessary to continue working on the design of programs that are adapted to this issue. These results would be related to the data obtained by the WHO (2019), the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)/WHO Regional Office for Europe (2019) and the Public Health

Agency of Canada (2015), that expose the increase in STIs and sexual risk behaviours in the population.

In the British sample no differences were found by religion and age and in the Spanish sample no differences were found by gender and age, but in the total sample differences were found in these variables. In general, no differences were found by sexual orientation and university courses, which shows that the communication of sexual behaviours is similar and independent of these variables, coinciding with what was found in the study by Wagenaar, Florence, Adams, and Savahl (2018). In addition, in the British sample no differences were found according to the educational level of the families.

These data are related to the reduction of racial, religious and sexual prejudices by being able to opt for greater inclusive educational access (Mackenzie, Michels, & Chang, 2020). In turn, these data contradict the vision that stigmatizes risky sexual behaviours and the spread of STIs associated with certain sexual orientations, emphasizing that the important thing to reduce these behaviours is to facilitate equal access to education and health, as would be the case of the university community of these two countries (Gafos et al., 2019; Van Anders, 2015).

In these studies, no differences were obtained by the university degree, in contrast to the results found in other works (Meader et al., 2016; Leaper, & Starr, 2019; Powell, & Sang, 2015) that showed that students of Engineering and Social Sciences in comparison with the Sciences and Health Sciences students presented greater adherence to risky sexual behaviours. This differences were linked to a greater presence of men and less study of sexuality topics.

On the other hand, differences were found by gender, marital status, religion and age. Taking into account the study by Skakoon-Sparling, and Cramer (2020), these different results by gender could be linked to condom use negotiation behaviours, associated in men with myths about reduced pleasure and sexual motivation or with the highest male adherence to sexual roles (Ellemers, 2018). In addition, according to Poteat, Russell, and Dewaele (2019), the lack of communication in the sexual partner increases the risk of transmission of sexual diseases associated with sexism and gender violence, which is related to the correlations obtained between this scale (HPSC) and the Double Sexual Standard (DSS) of Caron et al. (1993). Finally, in accordance with the research by Gafos et al. (2019), in our

studies a greater presence of risk behaviours was found in single, non-religious and older people than in the rest of the sample groups. These results are related to the presence of more situations that lead people to be exposed to sexual encounters.

2.3. Sexual prejudices and negative predispositions towards sexuality

To study the prejudices and negative predispositions towards sexuality, the following objectives were formulated: 4) To validate in English the Scale of Negative Attitudes towards Transgender (EANT) for Study V; 6) To validate in Spanish and revalidate in English the Scale of Inclusive Behaviors towards Transgender People (TIBS) for Study VII; and 7) also Study VIII is aimed at examining the criterion variables and their link with sexual prejudices and negative predispositions towards sexuality, as already indicated.

To achieve these objectives, in Study V the EANT scale was validated in English and in Study VII the TIBS scale was validated in Spanish through an Exploratory Factor Analysis (EFA) and a Confirmatory Factor Analysis (CFA). Attitudes towards sexuality have been measured in these studies through the Double Sexual Standard Scale (DSS, Caron, et al., 1993), the Sexual Opinion Survey/Sexual Opinion Survey (SOS, Fisher et al., 1988), the Scale of Heterosexual Attitudes towards Homosexuality (HATH, Larsen et al., 1980), the Scale of Negative Attitudes towards Trans People (EANT, Pérez. Hevia, Pesci, & Rabbia, 2015) and the Scale of Inclusive Behaviors towards Transgender People (TIBS, Kattari, O'Connor, & Kattari, 2017).

In general, the attitudes of adherence to the sexual double standard (DSS), the positive predispositions towards sexuality and the erotic (SOS), homophilic (HATH), transphobic (EANT) attitudes and inclusive behaviour towards trans people (TIBS) of the participants in this research, they were more positive compared to those obtained in other studies previously analysed. In the scores of the scales administered in these studies (DSS, SOS, HATH, EANT and TIBS) more positive attitudes towards sexuality were found in women, people from the LGBTBIQ+ Community, in non-believers and in people with Spanish and British nationalities compared to the rest of the participants.

Due to the amount of results obtained of this scales in this research, we are going to summarise, present and discuss the findings organized into three sections focused on sexism, erotophilia and prejudice towards sexual diversity:

- *Attitudes toward adherence to sexual roles. Analysis of Double Sexual Standard Scale scores (DSS, Caron et al., 1993)*

In the scores of the DSS scale, a greater adherence to gender roles by nationality was found, being greater in Spanish than in British participants and this adherence in turn was higher among students of nationalities other than Spanish and British. As Wesche, and Dickson-Gomez (2019) state, gender roles are learned and are strongly regulated by determined sociocultural norms and historical context. Compared to previous studies such as the original DSS study by Caron et al. (1993), conducted on college ($M = 40.9$, $SD = 5.3$, $N = 330$) and on similar samples of Spanish students ($M = 42.1$, $SD = 5.6$, $n=400$), as in the Spanish translation of the scale of Sierra, Rojas, Ortega, and Martín-Ortiz (2007), similar scores were obtained on this scale in Studies VII and VIII. These findings show that sexual scripts have not changed substantially (Ellemers, 2018).

On the other hand, attitudes towards the sexual double standard were more negative in the heterosexual orientation and in the believers than in the rest of the sexual orientations. These data are related to the fact that people from the LGTBQ+ community have had to face other prejudices and therefore tend to present more positive and tolerant attitudes towards sexuality and less adherence to sexual roles (Holland, Rabelo, Gustafson, Seabrook, & Cortina, 2016). Regarding religious adherence, this is linked to the cultural variables that have influenced the social norms of these two countries (Parker, Wellings, & Lazarus, 2009).

In relation to the marital status variable, no significant differences were obtained, indicating that it was not a predictor variable in this study of adherence to sexual roles. However, differences were found by gender, course, by university courses and by age. These differences indicated that younger and humanities and science students had less adherence to sexual roles than the rest of the participants of this research.

These findings may contradict previous literature in which maturity is considered to increase awareness of injustices, tending to decrease adherence to gender roles and sexism, but education also plays an important role and currently tends to be create more inclusive and less discriminatory citizens in these aspects. Hence, sexual scripts change and adapt to the culture in which people are immersed (Ríos-González, Peña, Duque, & De Botton, 2018; Walfield, 2018).

The results of our research are generally related to a decrease in overt sexism and the appearance and maintenance of other types of sexism such as subtle and modern, more difficult to detect, and which highlight the need to create new instruments to assess these constructs.

- ***Erotophobic and erotophilic attitudes towards sexuality. Analysis of the scores of the Sexual Opinions Questionnaire (SOS, Fisher et al., 1988)***

When analysing the results of the SOS scale shown in Studies VI and VIII, significant differences were found by nationality, presenting more positive attitudes in Spanish university students than in those from the United Kingdom. These results are related to the sociocultural and educational differences in sexuality that are learned in each country (Miller, Kidd, Raggatt, McBain, & Li., 2020). For example, according to Vallejo et al. (2016) when comparing Spanish and Colombian university students through an abbreviated version of the SOS scale, more positive differences were also found in Spanish students and these were associated with the different educational and legislative measures of both countries.

In addition, in the study by Gilbert, and Gamache (1984), significant differences were found by nationality, showing more erotophilic attitudes in university students from the United States and Canada compared to students from India, Hong Kong, Israel, Brazil and Japan. In this same study, as in Study VIII, significant differences were found that indicated more erotophobic attitudes in believers. According to Lusey, San Sebastian, Christianson, and Edin (2017), adherence to more conservative ideologies and religious devotion were positively associated with more negative attitudes towards homosexuality and sexual pleasure such as masturbation, supporting the findings obtained in Study VIII.

On the other hand, in Study VIII, differences were found by sexual orientation and marital status, being more negative in heterosexual and single people than in the rest of the participants. These findings obtained in Study VI and Study VIII also showed the existence of correlations between the SOS and HPSC and DSS, which indicated that the presence of erotophilic attitudes (SOS) is related to less adherence to sexual roles (DSS) and less risky sexual behaviours (HPSC). According to Van-Lankveld, Wolfs, and Grauvogl (2020), people who have a sexual partner tend to have more sexual experiences and adapt their sexual scripts

based on the stable relationships they have. Singles, unlike people with a partner, adhere more to the sexual scripts of the historical moment they are living in.

In addition, in study VIII no differences were found by gender, university courses and age. These results are contradictory to the studies by Gilbert, and Gamache (1984), Carpintero, and Fuertes (1994), Lameiras (1997) and del Río, Vega, and Santamaría (2013) in which significant differences were found by gender, being more negative in women versus men. However, in more current studies such as those by Bermúdez, Ramiro, and Sánchez (2014), García, Rico, and Fernández (2017) and Vallejo et al. (2016) did not find significant differences by gender either. According to García, Rico, and Fernández (2017), who conducted a study with university samples, argued that these results are due to the change in attitudes that have occurred socially and have allowed women to enjoy greater sexual freedom and have erotophilic attitudes that until then were not considered appropriate for this gender. This author also pointed out that erotophilic attitudes are more related to sexual experiences and sociocultural variables experienced than to the university training.

Finally, in Study VI and Study VIII, more erotophilic attitudes were found compared to other previous studies such as the Rise, Træen, and Kraft (1993) in Norwegian students aged 17-19 years ($M = 75.8$, $SD = 7.1$, $N = 1172$), the Gilbert, and Gamache (1984) study of American college students ($M = 98.58$, $SD = 19.4$, $N = 267$) and Canadians ($M = 85.18$, $SD = 15.1$, $N = 95$), the del Río, Vega, and Santamaría (2013) in the Spanish adult population ($M = 84.64$, $SD = 18.8$, $N = 313$) and the García, Rico, and Fernández (2017) in a similar sample of university students from the University of Oviedo ($M = 69.96$, $SD = 16.8$, $N = 411$). According to Dawson et al. (2019) these results may be related to greater sexual freedom, better universal access to education and the promotion of social equality.

To conclude, the prevailing culture in the different historical periods has a strong impact on the construction of the stimuli that are considered erotophilic and erotophobic (Swami, Weis, Barron, & Furnham, 2017), as we have also seen in our general research.

- *Attitudes towards sexual diversity. Analysis of the scores of the Scale of Heterosexual Attitudes towards Homosexuality (HATH), the Scale of Negative Attitudes towards Trans People (EANT) and the Scale of Inclusive Behaviors towards Transgender People (TIBS, Kattari, O'Connor, and Kattari, 2017)*

When analysing the HATH, EANT and TIBS scales in Studies V, VII and VIII of this compendium, significant differences were found by nationality in the HATH and EANT scales, but not in the TIBS. These results indicated more positive attitudes towards homosexuality and trans people in Spanish students than in British students and those of other nationalities. In these same three studies (V, VII and VIII) more positive scores were also obtained on the HATH scale compared to the results of other previous investigations such as that of Larsen, Reed, and Hoffman (1980) in psychology university students from the state of Oregon ($M = 58.6$, $SD = 14.7$, $N = 80$), that of Larsen, Cate, and Reed (1983) in university students of this same state ($M = 60.76$, $SD = 14.5$, $N = 314$), that of McDermott et al. (2018) in Psychology students from Eastern European universities ($M = 53$, $SD = 9.9$, $N = 66$) and that of Reddy, Reddy, Ohri, and Vankar (2016) in recently graduated professionals in India ($M = 58.51$, $SD = 6.67$, $N = 57$). In addition, the mean scores obtained on the EANT scale in Studies V, VII and VIII show more positive attitudes than in the study of Paéz et al. (2015) in university students and the general population of Argentina ($M = 28.03$, $SD = 9.82$, $N = 387$). Less positive attitudes were also found in the scores of the British subsamples of Studies V, VII, and VIII than those of Garcia et al. (2020) in the Spanish adult population of the Canary Islands ($M = 15.8$, $SD = 4.58$, $N = 602$). However, these predispositions have been more positive in the Spanish subsamples of Studies VII and VIII than those of García et al. (2020). Finally, the scores obtained on the TIBS scale in Studies VII and VIII in university students show less inclusive behaviours than those found in the study by Kattari et al. (2017) in adults ($N = 918$, $M = 47.60$, $SD = 12.69$). These differences may be related to the fact that in the research by Kattari et al. (2017) the sample consisted of 30.4% of trans or gender non-conforming individuals compared to 3.6% of trans or gender non-conforming individuals present in Study VIII. The representation of trans and non-binary students in Studies V and VII was less than or similar to the percentage of the Study VIII.

In general, the findings obtained through these scales in these three studies (V, VII and VIII) show very positive attitudes towards homosexuality and transgenderism in all

groups. These data are linked to the reduction of direct negative predispositions towards homosexuality and transgenderism associated with greater visibility and respect for sexual plurality, produced thanks to educational and legislative improvements (Allen, 2019). However, non-inclusive behaviours are still present in society and it is necessary to continue researching and evaluating these issues to reduce the overt and subtle discrimination suffered by trans people at university (Madžarević, & Soto-Sanfiel, 2018).

On the other hand, in Study VIII, more positive attitudes towards homosexuality and more inclusive behaviours towards transgenderism were found in women, in people from the LGBTIQ+ group and in non-believers and no differences were found in these behaviours according to the marital status of the participants. These same differences are supported by the studies by Barrientos, and Cárdenas (2010), Larsen et al (1980) and McDermott et al. (2018). These authors also noted that negative attitudes toward homosexuality correlate positively with peer pressure attitudes, religiosity, and authoritarianism (Timmins, Rimes, & Rahman, 2020). According to Heras, and Ortega (2020), sexist and prejudiced attitudes towards homosexuality are more present the more adherence there is to the sexual norms imposed in the culture, which is why in Study VIII correlations were found between the HATH and DSS scales and HATH and SOS scales. These results indicate that university students who had more homophilic attitudes also had less adherence to gender roles and more positive predispositions towards sexual openness.

In addition, in Studies V and VII, it was obtained large correlations between the HATH, EANT and TIBS scales that were used to measure attitudes and behaviours towards sexual diversity, which indicated that university students with more positive attitudes towards homosexuality and transgenderism also had more inclusive behaviours towards trans people. These same differences are supported in the studies by Fonseca, Oliveira, de Araujo, Cerqueira-Santos, and de Melo (2019) and Meyer, Quantz, Taylor, and Peter (2019). These authors showed that negative attitudes towards transgenderism correlated strongly and positively with measures of homophobia, right-wing authoritarianism, religious fundamentalisms, sexism, propensity for aggression, and acceptance of the rape culture. In addition, the findings of Studies V (validation of the EANT in English), VII (validation of the TIBS in Spanish) and VIII are similar to the results obtained in the validation studies of the EANT scale by Páez et al. (2015) and the TIBS scale by Kattari et al. (2017).

In Studies V, VII and VIII, the transfer hypothesis pointed out by Norton, and Herek (2013) is also confirmed, which links prejudice towards the diversity of sexual orientations with prejudice towards trans and non-binary people. In addition, the attitudinal and behavioural differences obtained by sociodemographic variables (gender, age, sexual orientation, course, etc.) evaluated in these three studies (V, VII and VIII) could support the indicator that negative predispositions towards sexual diversity are remained within group prejudices (Paéz, Rabbia, Hevia, & Pesci, F. 2018).

In Study VIII, the predispositions and behaviours towards sexuality of university students were also analysed according to the university course enrolled, finding more positive attitudes and more inclusive behaviours towards sexual diversity in the Science of Health, Sciences and Humanities degrees compared to Engineering and Social and Economic Sciences. In addition, more positive attitudes were found in the students of the first degree courses compared to the last courses and, in turn, more positive attitudes in the graduates than in the postgraduates. The scores on the HATH, EANT and TIBS scales, obtained in this Study VIII, are similar to those scores obtained in the studies by Larsen et al. (1983), Barrientos, and Cárdenas (2010), Heras, and Ortega (2020), Cardona, Nordfjell, Gaini, and Heikkinen (2018) and Haley, Tordoff, Kantor, Crouch, and Ahrens (2019) in which also found differences in these prejudices by course, being more negative attitudes in the degrees that taught less skills in sexual education.

In Studies V, VI, VII and VIII, more positive predispositions towards sexual diversity were found in younger students and in Studies II and III, which are less recent, these differences were not obtained. However, as we have evaluated in the previous literature and exposed in the analysis of the scales of Study VIII, in the last ten years a positive attitudinal change has been taking place thanks to education and legislation that is reversing the influence exerted by the variable of age (generational transformation) in attitudes towards sexuality, being more positive towards sexual diversity at a younger age.

3. GLOBAL CONCLUSION

In general, we consider that the questions formulated for this research have been answered.

The strengths of this research reside in the fact that three of the studies in the compendium have validated new instruments to measure these prejudices and behaviours towards sexuality and all the studies contribute to expanding the information obtained through these scales. The research has cross-cultural approach assessing multiple sociodemographic and personal variables that have been evaluated with mixed methodologies (quantitative and qualitative).

The results show that the educational and legislative measures that have been carried out are contributing very positively to reducing negative attitudes towards sexuality, as there are fewer differences by gender, academic year, and age. The reduction of manifest homophobia has been very significant in this research. However, the attitudes of adherence to gender roles obtained remain very similar to those of other previous studies carried out by other researchers. These findings suggest continuing to assess prejudice from a perspective focused on more indirect than direct attitudes that measure modern sexism, subtle homophobia, and inclusive behaviours towards sexual diversity. When comparing Studies II and III with Studies IV, V, VI, VII and VIII, which are the most recent of this research, we have been able to verify that attitudes towards sexuality are more positive, but risky sexual behaviours are tending to be increased.

Another important aspect is that the criterion variables: nationality and religion, associated with sociocultural variables learned in the environments in which people develop, are the ones that have had the greatest influence on negative attitudes. In these last five research studies, some differences were found between the behaviours and attitudes between the two countries such as less adherence to gender roles was found in the United Kingdom and more positive predispositions towards erotophilia and sexual diversity were found in the Spanish sample. However, these attitudes have been more negative in students who had another nationality different to the British or Spanish. This finding pointed out that the education and legislation of these two countries have played a positive role in the acquisition of these predispositions. As reflected in this analysis, education and sociocultural influence

are the most important factors in predisposing negative attitudes towards sexism, erotophobia and sexual diversity.

It also points out the importance of continuing to train students holistically in sexuality to deal with the increase in risk behaviours and the increase in new cases of STIs in Europe. According to this research and the previous literature analysed, they would be related to insufficient educational and health interventions. Regarding the sexual behaviours results obtained in the research, they were very similar by age, education and country, because education in this aspect has been much more globalized.

Sexuality and its healthy experience have become an issue that concerns all citizens regardless of nationalities and cultures, underlining the need to establish a positive and global education that is accessible to all people, based on the promotion of equality and away from any type of prejudice and stigma.

The data obtained in this research can contribute to design sexuality instruments and interventions adapted to young people. The studies conducted enable the understanding and construction of information and knowledge about risky sexual attitudes and behaviours carried out by future professionals. In addition, this analysis can be used as a resource to establish educational strategies.

Hence, we must not forget that the training in sexuality of young people and future professionals must be based on the biographical-professional model of Sexual Education and have the appropriate psychobiological and sociocultural approach, so that these students are able to address it in their daily and professional performance. Their education in sexuality and the acquisition of these skills will influence social changes and health education for new generations.

4. LIMITATIONS AND FUTURE LINES OF RESEARCH

A priori, we do not consider it an inconvenience to carry out the studies that made up the research with samples of Higher Education students, since they constituted its general objective (to examine the sexuality competencies of higher education students and compare their sexual behaviours and attitudes).

Nevertheless, we did find limitations in this research. On the one hand, due to the pandemic caused by COVID-19, most of the students who participated in the research answered online the surveys of Studies V, VI, VII and VIII. Therefore, the collected sample does not incorporate all the students of the university degrees that constitute this population. The surveys could have been answered, to a greater extent, by those people who were especially interested in this subject, biasing the results obtained. On the other hand, the sample is not homogeneous in terms of gender, being made up of a greater number of women. These gender differences could be related to a greater presence of women at the university in undergraduate studies, which tend to be equal in postgraduate studies and to be less in doctoral studies (Eurostat, 2020). In addition, it would have been interesting to add more variables of interest such as self-esteem related to this construct and to be able to carry out an educational intervention based on the data discovered in the research.

In future studies, it would be interesting to expand the sample and evaluate these same socio-demographic variables and use these scales in other universities, assessing other factors that have been extensively studied in previous research, such as political ideals, socioeconomic status, or self-concept.

In turn, it would be advisable to expand the study of risky sexual behaviours to establish more variables related to the increase in these behaviours linked to the global increase in STI transmission.

It would be advisable to carry out Study VIII again after a few years to assess the impact that Sex Education has had in the United Kingdom after Brexit and after the implementation of the compulsory subject in comprehensive sexuality that came into force in 2020, called "Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education". This same impact should also continue to be evaluated in Spain as a result of the new educational law (LOMLOE, Organic Law 3/2020, of December 29) that includes

sexuality in the curriculum and the law of social equality and non-discrimination by reason of gender identity, gender expression and sexual characteristics (Law 2/2021, of June 7).

Longitudinal research designs that combine quantitative and qualitative methodology should be used to better establish causal relationships between the variables of interest and the scales, and thus explore whether these risk behaviours and attitudes change as individuals progress through university assessing their sexually maturation.

It would also be useful to take these recommendations into account to create educational interventions that contribute to developing programs adapted to current educational needs.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

A

- Abenoza, R. (1994). *Sexualidad y Juventud. Historias para una guía*. Madrid, España: Editorial Popular.
- Abramson, P.R., y Mosher, D.L. (1975). Development of a measure of negative attitudes toward masturbation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 485-490.
doi: 10.1037/h0076830
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., y Wall, S.N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York, NY-US: Psychology Press Classic Edition. Routledge.
- Almarcha, A., González, B., y González, C. (1994). Cambio y desigualdad en el profesorado universitario. *Reis*, 66, 117-139.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2011). *Sexoterapia integral* (2ª ed). México D.F., México: El Manual Moderno.
- Allen, L. (2019). Bearing witness: Straight students talk about homophobia at school. *Sex Education*, 19(6), 661-674.
doi: 10.1080/14681811.2019.1581604
- Allen, K.P., Livingston, J.A., y Nickerson, A.B. (2019). Child Sexual Abuse Prevention Education: A Qualitative Study of Teachers' Experiences Implementing the Second Step Child Protection Unit. *American Journal of Sexuality Education*, 15(2), 218-245.
doi: 10.1080/15546128.2019.1687382
- Amenzúa, E. (1973). *Ciclos de Educación Sexual*. Barcelona, España: Fontanella.
- Aramendi, G., y Aramendi, P. (2020). El acceso a la función pública docente en Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Ikastorratza. *e-Revista de Didáctica*, 24, 138-159.
doi: 10.37261/24_alea/6
- Arango, I. (2008). *Sexualidad humana*. Madrid, España: Manual Moderno.
- Arias, L., Vásquez, M.L., Dueñas, E.P., García, L.M., y Tejada, E.L. (2011). Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42(3), 309-318.

¹ Se ha seguido el sistema de citación de la American Psychological Association en su versión 6ª y no la última versión como cabría de esperar. Esto obedece a que queremos que estas Referencias Bibliográficas constituyan un documento de archivo para posibles futuras publicaciones. Algunas revistas suelen demandar un sistema de citación que incluye los lugares de edición.

Aksoy, C.G., Carpenter, C.S., De Haas, R., y Tran, K.D. (2020). Do laws shape attitudes? Evidence from same-sex relationship recognition policies in Europe. *European Economic Review*, 124, 103399.
doi: 10.1016/j.euroecorev.2020.103399

B

Balzarini, R.N., Shumlich, E.J., Kohut, T., y Campbell, L. (2020). Sexual attitudes, erotophobia, and sociosexual orientation differ based on relationship orientation. *The Journal of Sex Research*, 57(4), 458-469.
doi: 10.1080/00224499.2018.1523360

Bandura, A., Ross, D., y Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 575-582.
doi: 10.1037/h0045925

Banegas, D.L. (2020). Comprehensive sexual education and English language teaching: an endeavour from southern Argentina. *Innovation in Language Learning and Teaching*, 15(3), 210-217.
doi: 10.1080/17501229.2020.1737704

Barragán, F. (1991). La educación sexual imposible: ¿aprender a ser felices? *Investigación en la Escuela*, 14, 87-96.
doi: 10.12795/IE.1991.i14.06

Barragán, F. (1995). Sexualidad, educación sexual y promoción de la salud. *Escuela Andaluza de Salud Pública*, 4, 23-26.

Barrientos, J.E., y Cárdenas, J.M. (2010). Adaptación y validación de la escala Likert de actitudes de heterosexuales hacia homosexuales (HATH) en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, 5, 30-49.

Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F., y Aguilar, V. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 86-94.

Batejan, K.L., Jarvi, S.M., y Swenson, L.P. (2015). Sexual orientation and non-suicidal self-injury: A meta-analytic review. *Archives of Suicide Research*, 19(2), 131-150.
doi: 10.1080/13811118.2014.957450

Bay-Cheng, L.Y. (2015). The agency line: A neoliberal metric for appraising young women's sexuality. *Sex Roles*, 73(7-8), 279-291.
doi: 10.1007/s11199-015-0452-6

- Beadnell, B., Morrison, D.M., Wilsdon, A., Wells, E.A., Murowchick, E., Hoppe, M., ... y Nahom, D. (2005). Condom use, frequency of sex, and number of partners: Multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. *Journal of Sex Research*, 42(3), 192-202.
doi: 10.1080/00224490509552274
- Bejarano, M.T., y García, B. (2016). La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. *Opción*, 13, 756-789.
- Beltrand, J., y Polak, M. (2016). *Pubertad normal y patológica. EMC-Tratado de Medicina*, 20(3), 1-7.
doi: 10.1016/S1636-5410(16)79455-4
- Bell, G. (2019). The masterpiece of nature: the evolution and genetics of sexuality. London, UK: Routledge.
- Benotsch, E.G., Snipes, D.J., Martin, A.M., y Bull, S.S. (2013). Sexting, substance use, and sexual risk behavior in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 307-313.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.011
- Berkowitz, A.D. (2003). Applications of social norms theory to other health and social justice issues. En H.W. Perkins (Ed.), *The social norms approach to preventing school and college age substance abuse: a handbook for educators, counselors, and clinician* (pp. 259-279). San Francisco, CA-US: Jossey-Bass.
- Bermúdez, M.P., Ramiro-Sánchez, T., y Sánchez, M.T.R. (2014). Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debut sexual. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5(1), 55-70.
- Beyens, I., Frison, E., y Eggermont, S. (2016). “I don’t want to miss a thing”: Adolescents’ fear of missing out and its relationship to adolescents’ social needs, Facebook use, and Facebook related stress. *Computers in Human Behavior*, 64, 1-8.
doi: 10.1016/j.chb.2016.05.083
- Bird, S.K., y Pitman, L. (2019). How diverse is your reading list? Exploring issues of representation and decolonisation in the UK. *Higher Education*, 1-18.
doi: 10.1007/s10734-019-00446-9
- Blaffer, S.H. (1979). The Evolution of Human Sexuality: The Latest Word and the Last. *The Quarterly Review of Biology*, 54(3), 309-314.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley, CA-US: University of California Press.

- Boies, S.C. (2002). University students' uses of and reactions to online sexual information and entertainment: links to online and offline sexual behaviour. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 11(2), 77-89.
- Boonstra, D. (2015). Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. En J.J., Ponzetti (Ed.), *Evidence-based Approaches to Sexuality Education* (1ed.). Nueva York, NY-US: Routledge.
- Bouman, W.P., Schwend, S.A, Motmans, J., Smiley, A., Safer, J.D., Deutsch, M.B, ... Winter, S. (2017) Language and trans health, *International Journal of Transgenderism*, 18,1, 1-6.
doi: 10.1080/15532739.2016.1262127
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, R. (2018). *Fifty years of attachment theory: The Donald Winnicott memorial lecture*. London, UK: Routledge.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273.
doi: 10.2105/AJPH.2012.300750
- Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A., ... y Arver, B. (2008). Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 26(24), 3943-3949.
doi: 10.1200/JCO.2007.13.9568
- Brenes, L. (2016). *Experiencia afectivo-sexual y percepción de la calidad de vida en personas adultas-jóvenes: revisión sistemática y estudio empírico con costarricenses*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=75137>
- Breuner, C. C., Mattson, G., y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2016). Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*, 138(2), e20161348.
doi: 10.1542/peds.2016-1348
- Broverman, I.K., Broverman, D.M., Clarkson, F.E., Rosenkrantz, P.S., y Vogel, S.R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1), 1-7.
doi: 10.1037/h0028797
- Brown, D. (1991). *Human universals*. New York, NY-US: McGraw-Hill.

- Brown, N.E. (2019). Me Too Political Science: An Introduction. *Journal of Women. Politics & Policy*, 40(1), 1-6.
doi: 10.1080/1554477X.2019.1563413
- Burgess, D., y Borgida, E. (1999). Who women are, who women should be: Descriptive and prescriptive gender stereotyping in sex discrimination. *Psychology, Public Policy, and Law*, 5(3), 665-692.
doi: 10.1037/1076-8971.5.3.665
- Buss, D.M. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*, 12, 1-14.
doi: 10.1017/S0140525X00023992
- Buss, D.M., y Schmitt, D.P. (1993). Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, 100, 204-232.
doi: 10.1037/0033-295X.100.2.204
- Butler, J. (1997). *Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse* (1990). En L. McDowell y J. Sharp (Eds.), *Space, Gender, Knowledge: Feminist Readings* (1990) (1st ed.). (chapter 19|16 pages). London, UK: Routledge.
- Byrne, D. (1986). *Alternative approaches to the study of sexual behavior*. London, UK: L. Erlbaum Associates.

C

- Cabero, L., Cabrillo, E., Ebenperger, E., y Beldar, C. (2012). *Tratado de ginecología y Obstetricia. Medicina materno fetal* (2ª ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.
- Cacciatore, R., Korteniemi-Poikela, E., y Kaltiala, R. (2019). The Steps of Sexuality- A Developmental, Emotion Focused, Child Centered Model of Sexual Development and Sexuality Education from Birth to Adulthood. *International Journal of Sexual Health*, 31(3), 319-338.
doi: 10.1080/19317611.2019.1645783
- Cambridge Dictionary (2019). *Diccionario publicado por la editorial Cambridge University Press*. <https://dictionary.cambridge.org/es/>
- Cannoni, B.G., González, T.M.I., Conejero, R.C., Merino, M.P., y Schulin-Zeuthen, P. C. (2015). Sexualidad en la adolescente: consejería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 81-87.
doi: 10.1016/j.rmcl.2015.02.008
- Caprioli, M., y Boyer, M.A. (2001). Gender, violence, and international crisis. *Journal of Conflict Resolution*, 45(4), 503-518.
doi: 10.1177/0022002701045004005

- Cárdenas, J.E. (2015). La educación sexual como estrategia de inclusión en la formación integral del adolescente. *Praxis*, 11(1), 103-115.
doi: 10.21676/23897856.1558
- Cardona, J.A., Nordfjell, O.B., Gaini, F., y Heikkinen, M. (2018). Promising Nordic practices in gender equality promotion: Developing teacher education dialogue, practice, and policy cycles on-line. *Policy Futures in Education*, 16(5), 605-619.
doi: 10.1177/1478210317722286
- Caron, S.L., Davis, C.M., Halteman, W.A., y Sticle, M (1993). Predictors of condom-related behaviors among first-year college students. *The Journal of Sex Research* 30(3), 252-259.
doi: 10.1080/00224499309551709
- Carpintero, E., y Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del “sexual opinion survey” (SOS). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 31, 52-61.
- Carretero, M. (1985). El desarrollo cognitivo en la adolescencia y la juventud. En M. Carretero, J. Palacios, y A. Marchesi (Comp.), *Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud* (pp. 5-20). Madrid, España: Alianza.
- Carrobbles, J.A. (1990). *Biología y psicofisiología de la conducta sexual*. Madrid, España: Fundación Universidad Empresa (UNED).
- Castelo-Branco, C. (2005). *Sexualidad humana: una aproximación integral*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Castilla, C. (1990). *Estudios de Psicopatología Sexual*. Madrid, España: Alianza.
- Castillo, J., Derluyn, I., y Valcke, M. (2018). Young people’s expressed needs for Comprehensive Sexuality Education in Ecuadorian schools. *Sex Education*, 18(1), 14-31.
doi: 10.1080/14681811.2017.1374941
- Catania, J. (1998). Health Protective Sexual Communication Scale. En C. Davis, W. Yarber, y S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 544-547). Thousand Oaks, CA-US: Sage.
- Children and Social Work Act 2017*, c. 16.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2017/16/contents/enacted>
- Chivers, M.L., Seto, M.C., Lalumiere, M.L., Laan, E., y Grimbos, T. (2010). Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 39(1), 5-56.
doi: 10.1007/s10508-009-9556-9
- Chodorow, N. (1978). Mothering, object-relations, and the female oedipal configuration. *Feminist Studies*, 4(1), 137-158.
doi: 10.2307/3177630

- Christopher, F.S., y Roosa, M.W. (1990). An evaluation of an adolescent pregnancy prevention program: is 'just say no' enough? *Family Relations*, 39, 68-72.
doi: 10.2307/584951
- Cialdini, R.B., Reno, R.R., y Kallgren, C.A. (1990). A focus theory of normative conduct: recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(6), 1015-1026.
doi: 10.1037/0022-3514.58.6.1015
- Cikara, M., Eberhardt, J.L., y Fiske, S.T. (2011). From agents to objects: Sexist attitudes and neural responses to sexualized targets. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(3), 540-551.
doi: 10.1162/jocn.2010.21497
- Cohen, M.S., Chen, Y.Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M.C., Kumarasamy, N., ... y Godbole, S.V. (2016). Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *New England Journal of Medicine*, 375(9), 830-839.
doi: 10.1056/NEJMoa1600693
- Cook, S.H., Watkins, D.C., Calebs, B.J., y Wilson, P.A. (2016). Attachment orientation and sexual risk behaviour among young Black gay and bisexual men. *Psychology & Sexuality*, 7(3), 177-196.
doi: 10.1080/19419899.2016.1168312
- Corona, H.F., y Funes, D.F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74-80.
doi: 10.1016/j.rmclc.2014.12.004
- Cortina, C., y Festy, P. (2020). Same-Sex Couples and Their Legalization in Europe: Laws and Numbers. In M. Digoix (Ed.), *Same-Sex Families and Legal Recognition in Europe* (pp. 45-71). Gewerbestrasse, Switzerland: Springer.
- Craig, G.J., y Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. Alabama, AL-US: Pearson.
- Crockett, K.B., Kalichman, S.C., Kalichman, M.O., Cruess, D.G., y Katner, H.P. (2019). Experiences of HIV-related discrimination and consequences for internalised stigma, depression and alcohol use. *Psychology & Health*, 34(7), 796-810.
doi: 10.1080/08870446.2019.1572143
- Cruz, N. (2012). *Tratado de Andrología y Medicina Sexual*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Cuddy, A.J., Wolf, E.B., Glick, P., Crotty, S., Chong, J., y Norton, M.I. (2015). Men as cultural ideals: Cultural values moderate gender stereotype content. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(4), 622.
doi: 10.1037/pspi0000027

Cuevas, I., Rico, R., y Fierro, J. (2014). El desarrollo durante la edad adulta. En A. Moreno (Coord.), *Psicología del desarrollo II. Adolescencia, juventud, adultez y vejez*. (Módulo 3, pp. 40-50). Barcelona, España: Universitat Oberta de Catalunya.

Cutajar, M.C., Mullen, P.E., Ogloff, J.R., Thomas, S.D., Wells, D.L., y Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822.
doi: 10.1016/j.chiabu.2010.04.004

D

Davies, J.K., y MacDonald, G. (Eds.). (1998). *Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion* (1st ed.). (pp. 301-321). London, UK: Routledge.

Dawson, S.J., Huberman, J.S., Bouchard, K.N., McInnis, M.K., Pukall, C.F., y Chivers, M.L. (2019). Effects of individual difference variables, gender, and exclusivity of sexual attraction on volunteer bias in sexuality research. *Archives of Sexual Behavior*, 48(8), 2403-2417.
doi: 10.1007/s10508-019-1451-4

De La Fuente, Y., y Martín, M.C. (2020). Youth and adolescent social work education. Analysis of the impact of the Bologna plan on university study programs in Europe. *Social Work Education*, 39(1), 9-22.
doi: 10.1080/02615479.2019.1624714

Del Río, F.J., López, D.J., y Cabello, F. (2013). Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 11(1), 9-16.
doi: 10.1016/j.androl.2012.09.003

de Sanjose, S., Cortés, X., Méndez, C., Puig-Tintore, L., Torné, A., Roura, E., ... y Castellsague, X. (2008). Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population: Results from the AFRODITA survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 140(2), 234-240.
doi: 10.1016/j.ejogrb.2008.04.005

de Vries, E., Kathard, H., y Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(51), 1-10.
doi: 10.1186/s12909-020-1963-6

Deaux, K., y LaFrance, M. (1998). Gender. En D.T. Gilbert, S.T. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed., pp. 788-827). New York, NY-US: McGraw-Hill.

- Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación reunidos en Bolonia “El Espacio Europeo de Educación Superior” (19 de julio de 1999).
http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial_conferences/06/0/1999_Bologna_Declaration_Spanish_553060.pdf
- Decreto 67/2007, de 29-05-2007, por el que se establece y ordena el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha (2007). *Diario Oficial de Castilla-La Mancha*, núm. 116, de 1 de junio, 14743-14759.
<https://www.educa.jccm.es/es/sistema-educativo/decretos-curriculo/normativa-vigente-educacion-infantil>
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., ... y Lynskey, M. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192-e1207.
doi: 10.1016/S2214-109X(17)30375-3
- Del-Castillo-Feito, C., Cachón-Rodríguez, G., y Paz-Gil, I. (2021). Political Disaffection, Sociodemographic, and Psychographic Variables as State Legitimacy Determinants in the European Union. *American Behavioral Scientist*.
doi: 0002764220981116
- Denno, D.M., Hoopes, A.J., y Chandra-Mouli, V. (2015). Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), S22-S41.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.012
- DePalma, R., y Jennett, M. (2010). Homophobia, transphobia and culture: Deconstructing heteronormativity in English primary schools. *Intercultural Education*, 21(1), 15-26.
doi: 10.1080/14675980903491858
- Department of Health (2006). *UK Report. Monitoring the UNGASS Declaration of Commitment*. London, UK: Department of Health.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/272276/6814.pdf
- Department of Education. (2021). *Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education*. London, UK: Department of Education.
<https://www.gov.uk/government/publications/relationships-education-relationships-and-sex-education-rse-and-health-education>
- DeRogatis, L.R., y Burnett, A.L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 289-300.
doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00668.x

Díaz, I.M., Gil, M.D., Ballester, R., Morell, V., y Molero, R.J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1) 415-422.
doi: 10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1035

Duarte, J.M. (2020). Immigrants' acquisition of national citizenship in Portugal and Spain: the role of multiculturalism? *Citizenship Studies*, 24(2), 228-246.
doi: 10.1080/13621025.2019.1707483

E

EEGSE-European Expert Group on Sexuality Education (2016). Sexuality education—what is it? *Sex Education*, 16(4), 427-431.
doi: 10.1080/14681811.2015.1100599

Eisenberg, M.E., Bernat, D.H., Bearinger, L.H., y Resnick, M.D. (2008). Support for comprehensive sexuality education: Perspectives from parents of school-age youth. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 352-359.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.09.019

Ellemers, N. (2018). Gender stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 69, 275-298.
doi: 10.1146/annurev-psych-122216-011719

Elliot, A. (2009). Sexualidades: teoría social y la crisis de identidad. *Sociológica*, 24(69), 185-212.

Ellis, S.J. (2009). Diversity and inclusivity at university: A survey of the experiences of lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) students in the UK. *Higher Education*, 57(6), 723-739.
doi: 10.1007/s10734-008-9172-y

Equality Act 2010, c. 15.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents>

Esmail, S., Darry, K., Walter, A., y Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1148-1155.
doi: 10.3109/09638280903419277

Estévez, M.D. (2018). *Cuidados de enfermería en la maternidad, infancia y adolescencia* (2º ed.). Las Palmas de Gran Canarias, España: Servicio de Publicaciones y Difusión Científica de la Universidad de la ULPGC.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDPC)/WHO Regional Office for Europe. (2019). HIV/AIDS surveillance in Europe 2019–2018 data.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2019-2018-data>

Eurostat (2017). *Teenage and older mothers in the EU*. European Union.
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170808-1>

Eurostat (2020). *Tertiary education statistics*. European Union.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tertiary_education_statistics#Participation

Eurostat (2021). *Educational attainment statistics*. European Union.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Educational_attainment_statistics#Level_of_educational_attainment_by_age

Expósito, F., y Moya, M. (2011). Violencia de género. *Mente y Cerebro*, 48(1), 20-25.

F

Fallas, A. (2009). *Educación afectiva y sexual. Programa de formación docente de secundaria*. [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, España]
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=91863>

Fallas, M.A., Artavia, C., y Gamboa, A. (2012). Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. *Revista Electrónica Educare*, 16, 53-71.

Feldman, R.S., (2008). *Desarrollo en la infancia* (4ª ed.). Ciudad de México, México: Pearson.

Fernández, M.A., y González, S. (2012). El perfil del buen docente universitario. Una aproximación en función del sexo del alumnado. *REDU-Revista de Docencia Universitaria*, 10(2), 237-249.
doi: 10.4995/redu.2012.6106

Fernández, M.I., y Montorio, I. (2014). El desarrollo durante el envejecimiento. Estabilidad, cambio y adaptación. En A. Moreno (Coord.), *Psicología del Desarrollo II. Adolescencia, juventud, adultez y vejez*. (Módulo 4, pp. 50-60). Barcelona, España: Universitat Oberta de Catalunya.

Ferrer, J. (1989). Educación sexual para la E.G.B. *Revista Española de Sexología*, 39, 17-29.

Fierro, J.D. (2014). De la adolescencia a la edad adulta. En A. Moreno (Coord.), *Psicología del Desarrollo II. Adolescencia, juventud, adultez y vejez*. (Módulo 2, pp. 30-40). Barcelona, España: Universitat Oberta de Catalunya.

Finer, L.B., y Zolna, M.R. (2016). Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008–2011. *New England Journal of Medicine*, 374(9), 843-852.
doi: 10.1056/NEJMsa1506575

- Fisher, T.D., y Hall, R.G. (1988). A scale for the comparison of the sexual attitudes of adolescents and their parents. *Journal of Sex Research*, 24, 90-100.
doi: 10.1080/00224498809551400
- Fisher, W.A., Byrne, D., White, L.A., y Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25(1), 123-151.
doi: 10.1080/00224498809551448
- Fiske, S.T. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. En D.T. Gilbert, S.T. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., pp. 357-411). New York, NY-US: McGraw-Hill.
- Fiske, S.T., Cuddy, A.J., Glick, P., y Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902.
doi: 10.1037/0022-3514.82.6.878
- Fonseca, A.M., Oliveira, J.M., de Araujo, J.M., Cerqueira-Santos, E., y de Melo, L. (2019). Atitudes de estudantes e profissionais do ensino superior sobre os sujeitos trans em aracaju/se: adaptação e validação transcultural da escala de actitudes negativas hacia personas trans (EANT) para a versão brasileira. *Actas de la 21ª Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes "Bioeconomia e Transformação Social" (Anais, 2019)*. Brasil, 04 a 08 de noviembre de 2019.
<https://eventos.set.edu.br/sempesq/issue/view/27>
<https://eventos.set.edu.br/sempesq/article/view/12849/4891>
- Font, P. (2005). Educación afectiva y sexual en la adolescencia. En J. Alegret, M.J. Comellas, P. Font y J. Funes, *Adolescentes; relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo* (pp. 81-118). Barcelona, España: Graó.
- Forrest, S. (2018). Sexualities, identities and equal rights: the making and remaking of sexualities. En M. Cole (Ed), *Education, Equality and Human Rights: Issues of Gender, 'Race', Sexuality, Disability and Social Class* (pp.130-156). Abingdon, UK: Routledge.
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality* (1st ed.). New York, NY-US: Pantheon Books.
- Freixas, M. (2012). *Autoridades en el primer Diccionario de la Real Academia Española*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España].
<https://www.tesisenred.net/handle/10803/4866>
- Frings, D. (2018). *Social psychology: The basics*. London, UK: Routledge.
- Fuss, D. (1989). *Essentially Speaking: Feminism, Nature and Difference* (1st ed.). New York, NY-US: Routledge.

G

- Gafos, M., Horne, R., Nutland, W., Bell, G., Rae, C., Wayal, S., ... y McOwan, A. (2019). The context of sexual risk behaviour among men who have sex with men seeking PrEP, and the impact of PrEP on sexual behaviour. *AIDS and Behavior*, 23(7), 1708-1720.
doi: 10.1007/s10461-018-2300-5
- Gagnon, J.H. y Simon, W. (2017). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality* (2nd ed.). New York, NY-US: Routledge.
- Galupo, M.P., Davis, K.S., Gryniewicz, A.L., y Mitchell, R.C. (2014). Conceptualization of sexual orientation identity among sexual minorities Patterns across sexual and gender identity. *Journal of Bisexuality*, 14, 433-456.
doi: 10.1080/15299716.2014.933466
- Gao, D., Lou, Y., He, D., Porco, T.C., Kuang, Y., Chowell, G., y Ruan, S. (2016). Prevention and control of Zika as a mosquito-borne and sexually transmitted disease: a mathematical modeling analysis. *Scientific Reports*, 6, 28070.
doi: 10.1038/srep28070
- García-Acosta, J.M., Castro-Peraza, M.E., Perestelo-Pérez, L., Rivero-Santana, A., Arias-Rodríguez, Á., y Lorenzo-Rocha, N.D. (2020). Measuring Explicit Prejudice and Transphobia in Nursing Students and Professionals. *Nursing Reports*, 10, 48-55.
doi: 10.3390/nursrep10020008
- García, M., y Suárez, O. (2007). *Programa de Educación Sexual para los Centros de Menores de Asturias*. Oviedo, España: Gobierno del Principado de Asturias. Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia. Grafinsa.
- García, R., Sala, A., Rodríguez, E., y Sabuco, A. (2013). Formación inicial del profesorado sobre género y coeducación: impactos metacognitivos de la inclusión curricular transversal sobre sexismo y homofobia. *Profesorado*, 17(1), 269-287.
- García-Vega, E., Rico, R.A., y Fernández, P. (2017). Sex, gender roles and sexual attitudes in university students. *Psicothema*. 29(2), 178-183.
doi: 10.7334/psicothema2015.338
- García, M.D., Jiménez, I., y Almansa, P. (2018). Aproximación fenomenológica a la salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes de etnia gitana. *Index de Enfermería*, 27(3), 128-132.
- García-Vázquez, J., Domech, L.Q., Nascimento, M., y Agulló-Tomás, E. (2019). Evolución de la Salud Sexual de la Población Adolescente española y asturiana. *Revista Española de Salud Pública*, 93(4), e1-14.

- Gause, N.K., Brown, J.L., Welge, J., y Northern, N. (2018). Meta-analyses of HIV prevention interventions targeting improved partner communication: effects on partner communication and condom use frequency outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(4), 423-440.
doi: 10.1007/s10865-018-9916-9
- Gavidia, V., Aguilar, R., y Carratalá, A. (2011). ¿Desaparecen las transversales con la aparición de las competencias? *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 25, 131-148.
- George, G., Maughan-Brown, B., Beckett, S., Evans, M., Cawood, C., Khanyile, D., ... y Kharsany, A.B. (2019). Coital frequency and condom use in age-disparate partnerships involving women aged 15 to 24: evidence from a cross-sectional study in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMJ Open*, 9(3), e024362.
doi: 10.1136/bmjopen-2018-024362
- Gianettoni, L., y Guilley, E. (2015). Sexism and the gendering of professional aspirations. En K. Faniko, F. Lorenzi-Cioldi, O. Sarrasin, y E. Mayor (Eds.), *Gender and Social Hierarchies: Perspectives from social psychology* (1st ed., pp.11-15). London, UK: Routledge.
- Gil-Llario, M.D., Díaz-Rodríguez, I., Morell-Mengual, V., Gil-Julia, B., y Ballester-Arnal, R. (2021). Sexual Health in Spanish People with Intellectual Disability: the Impact of the Lockdown due to COVID-19. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-11.
doi: 10.1007/s13178-021-00621-7
- Gilbert, F.S., y Gamache, M.P. (1984). The sexual opinion survey: Structure and use. *Journal of Sex Research*, 20(3), 293-309.
doi: 10.1080/00224498409551227
- Gillespie, S.M., Bailey, A., Squire, T., Carey, M. L., Eldridge, H.J., y Beech, A.R. (2018). An evaluation of a community-based psycho-educational program for users of child sexual exploitation material. *Sexual Abuse*, 30(2), 169-191.
doi: 10.1177/1079063216639591
- Glick, P., Fiske, S.T., Mladinic, A., Saiz, J.L., Abrams, D., Masser, B., ... y Annetje, B. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763.
doi: 10.1037//0022-3514.79.5.763
- Glick, P., y Fiske, S.T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating and hostile benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
doi: 10.1037/0022-3514.70.3.491

- Goldberg, A.E., Beemyn, G., y Smith, J.Z. (2019). What is needed, what is valued: Trans students' perspectives on trans-inclusive policies and practices in higher education. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 29(1), 27-67.
doi: 10.1080/10474412.2018.1480376
- Goldey, K.L., Posh, A.R., Bell, S.N., y Van Anders, S.M. (2016). Defining pleasure: A focus group study of solitary and partnered sexual pleasure in queer and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 2137-2154.
doi: 10.1007/s10508-016-0704-8
- Goldman, J.D.G., y Coleman, S.J. (2013). Primary school puberty/sexuality education: student-teachers' past learning, present professional education, and intention to teach these subjects. *Sex Education*, 13(3), 276-290.
doi: 10.1080/14681811.2012.719827
- Gómez-Zapiain, J. (2000). Educación afectivo sexual. *Anuario de Sexología*, 6, 41-56.
- Gómez-Zapiain, J., Ibaceta, P., y Pinedo, J.A. (1997). *Proyecto de integración de la educación afectivosexual en la E.S.O.* Vitoria-Gazteiz, España: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M.J., y Eceiza, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: el rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Anales de Psicología*, 32(3), 899-906.
doi: 10.6018/analesps.32.3.221691
- Gómez-Zapiain, J.G., Ortiz, M.J., y Gómez, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27(2), 447-456.
- González, M., y Raposo, M. (2008). Necesidades formativas del profesorado universitario en el contexto de la convergencia europea. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 285-306.
- Grau, C., y Fernández-Hawrylak, M. (2015). Relaciones de parentesco en las nuevas familias: disociación entre maternidad/paternidad biológica, genética y social. *Gazeta de Antropología*, 31(1), 1-14.
- Grose, R. G., Grabe, S., y Kohfeldt, D. (2014). Sexual education, gender ideology, and youth sexual empowerment. *The Journal of Sex Research*, 51(7), 742-753.
doi: 10.1080/00224499.2013.809511
- Grozelle, R.S. (2017). Cultural heterosexism and silencing sexual diversity: Anoka-Hennepin School District. *Journal of LGBT Youth*, 14(4), 393-410.
doi: 10.1080/19361653.2017.1365035

Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G., y Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 29-40.
doi: 10.1080/26410397.2019.1593787

Guasch, O. (1993). Para una sociología de la sexualidad. *REIS-Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 64/93, 105-121.

H

Haberland, N., y Rogow, D. (2015). Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), S15-21.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.013

Haffner, D. W. (1995). *Facing Facts: Sexual Health for America's Adolescents*. New York, NY-US: National Commission on Adolescent Sexual Health. SIECUS-Sexuality information and Education Council of the United States.

Haldeman, D.C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 260-264.
doi: 10.1037/0735-7028.33.3.260

Haley, S.G., Tordoff, D.M., Kantor, A.Z., Crouch, J.M., y Ahrens, K.R. (2019). Sex Education for Transgender and Non-Binary Youth: Previous Experiences and Recommended Content. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1834-1848.
doi: 10.1016/j.jsxm.2019.08.009

Halkitis, P.N., Parsons, J.T., y Wilton, L. (2003). Barebacking among gay and bisexual men in New York City: Explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 351-357.
doi: 10.1023/A:1024095016181

Harbaugh, E., y Lindsey, E. W. (2015). Attitudes Toward Homosexuality Among Young Adults: Connections to Gender Role Identity, Gender-Typed Activities, and Religiosity. *Journal of Homosexuality*, 62(8), 1098-1125.
doi: 10.1080/00918369.2015.1021635

Harimaguada, C., y López Sánchez, F. (1994). *Educación Afectivo-Sexual en la Etapa Secundaria: Guía para profesorado*. Gobierno de Canarias. Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa.

Hatzenbuehler, M.L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707.
doi: 10.1037/a0016441

- Hawkes, K. (1996). The evolutionary basis of sex variations in the use of natural resources: Human examples. *Population and Environment: A Journal of Interdisciplinary Studies*, 18(2), 161-173.
doi: 10.1007/BF02208409
- Helmer, J., Senior, K., Davison, B., y Vodic, A. (2015). Improving sexual health for young people: Making sexuality education a priority. *Sex Education*, 15(2), 158-171.
doi: 10.1080/14681811.2014.989201
- Hendrick, C., Hendrick, S.S., y Reich, D.A. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research*, 43(1), 76-86.
doi: 10.1080/00224490609552301
- Henshall, A., Atkins, L., Bolan, R., Harrison, J., y Munn, H. (2018). ‘Certified to make a difference’: the motivation and perceptions of newly qualified early years teachers in England. *Journal of Vocational Education & Training*, 70(3), 417-434.
doi: 10.1080/13636820.2018.1437063
- Heras, D., y Lara, F. (2009). La sexualidad en los primeros años de la adolescencia: Una investigación con chicos y chicas de 2º y 3º de ESO. *Sexología Integral*, 6(1), 20-25.
- Heras, D., Lara, F., y Fernández-Hawrylak, M. (2016). Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 321-337.
doi: 10.1387/RevPsicodidact.14300
- Heras-Sevilla, D., y Ortega-Sánchez, D. (2020). Evaluation of sexist and prejudiced attitudes toward homosexuality in Spanish future teachers: analysis of related variables. *Frontiers in Psychology*, 11, 2334.
doi: 10.3389/fpsyg.2020.572553
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México D.F., México: McGraw-Hill.
- Hill, D., y Willoughby, B. (2005). The development and validation of the genderism and transphobia scale. *Sex Roles*, 53, 531-544.
doi: 10.1007/s11199-005-7140-x
- Hirst, J. (2013). ‘It's got to be about enjoying yourself’: young people, sexual pleasure, and sex and relationships education. *Sex Education*, 13(4), 423-436.
doi: 10.1080/14681811.2012.747433

- Holland, K.J., Rabelo, V.C., Gustafson, A.M., Seabrook, R C., y Cortina, L. M. (2016). Sexual harassment against men: Examining the roles of feminist activism, sexuality, and organizational context. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(1), 17-29.
doi: 10.1037/a0039151
- Hubert, M., Bajos, N., y Sandfort, T. (2020). *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe: Comparisons of national surveys*. London, UK: Routledge.
- Huici, C. (1984). The individual and social functions of sex role stereotypes. En H. Tajfel (Ed.), *The social dimension* (pp. 579-602). Cambridge, UK: University Press.
- Huuki, T., y Renold, E. (2016). Crush: mapping historical, material and affective force relations in young children's hetero-sexual playground play. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 37(5), 754-769.
doi: 10.1080/01596306.2015.1075730
- Hunter, A. (2015). Lesbian mommy blogging in Canada: Documenting subtle homophobia in Canadian society and building community online. *Journal of Lesbian Studies*, 19(2), 212-229.
doi: 10.1080/10894160.2015.969077

I

- Impett, E.A., y Peplau, L. A. (2003). Sexual compliance: Gender, motivational, and relationship perspectives. *Journal of Sex Research*, 40(1), 87-100.
doi: 10.1080/00224490309552169
- Irigaray, L., y Burke, C. (1985). *This sex which is not one*. New York, NY-US: Cornell University Press.
- INE-Instituto Nacional de Estadística (2003). *Encuesta de salud y hábitos sexuales. Resultados*.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176785&menu=resultados&idp=1254735573175
- INJUVE- Instituto de la Juventud (2017). *Informe Juventud en España 2016*.
<http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>
- INJUVE-Instituto de la Juventud (2019). La salud afectivo-sexual de la juventud en España. *Revista de Estudios de Juventud*, 123, 5-247.
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/01/revista_injuve_123.pdf

J

- Jamison, D.T., Summers, L.H., Alleyne, G., Arrow, K.J., Berkley, S., Binagwaho, A., ... y Ghosh, G. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 382(9908), 1898-1955.
doi: 10.1016/S0140-6736(13)62105-4
- Jespersen, A.F., Lalumière, M.L., y Seto, M.C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 179-192.
doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.004
- Joel, D., Tarrasch, R., Berman, Z., Mukamel, M., y Ziv, E. (2014). Queering gender: Studying gender identity in 'normative' individuals. *Psychology & Sexuality*, 5, 291-321.
doi: 10.1080/19419899.2013.830640
- Johns, J.A., y Moyer, M.T. (2018). The Attitudes, Beliefs, and Norms Framework: A Tool for Selecting Student-Centered, Theory-Informed Affective Learning Objectives in Health Education. *Journal of Health Education Teaching*, 9(1), 14-26.
- Jones, A.R. (1984). Julia Kristeva on Femininity: The Limits of a Semiotic Politics. *Feminist Review*, 18(1), 56-73.
doi: 10.1057/fr.1984.48
- Jorge, J.C., Valerio-Pérez, L., Esteban, C., y Rivera-Lassen, A.I. (2019). Intersex care in the United States and international standards of human rights. *Global Public Health*, 1-13.
doi: 10.1080/17441692.2019.1706759

K

- Kail, R.V., y Cavanaugh, J.C. (2018). *Human development: A life-span view* (6th ed.) Boston, MA-US: Cengage Learning.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W.A., Shanklin, S.L., Flint, K.H., Hawkins, J., ... y Zaza, S. (2016). Youth risk behavior surveillance—United States, 2015. *MMWR-Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, 65(6), 1-174.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S.L., Flint, K.H., Queen, B., ... & Ethier, K.A. (2018). Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR-Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, 67(8), 1-114.
- Kar, S.K., Choudhury, A., y Singh, A.P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(2), 70.
doi: 10.4103/0974-1208.158594

- Kastbom, Å.A., Sydsjö, G., Bladh, M., Priebe, G., y Svedin, C.G. (2015). Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta Paediatrica*, 104(1), 91-100.
doi: 10.1111/apa.12803
- Kattari, S.K., O'Connor, A.A., y Kattari, L. (2017). Development and Validation of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS). *Journal of Homosexuality*, 65(2), 181-196.
doi: 10.1080/00918369.2017.1314160
- Kauer, K.J. (2009). Queering lesbian sexualities in collegiate sporting spaces. *Journal of Lesbian Studies*, 13(3), 306-318.
doi: 10.1080/10894160902876804
- Kaufman, M.R., Grilo, G., Williams, A., Marea, C.X., Fentaye, F.W., Abebe Gebretsadik, L., y Yedenekal, S.A. (2020). The intersection of gender-based violence and risky sexual behaviour among university students in Ethiopia: a qualitative study. *Psychology & Sexuality*, 11(3), 198-211.
doi: 10.1080/19419899.2019.1667418
- Kauth, M.R. (2007). The evolution of human sexuality: An introduction. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 18(2-3), 1-22.
doi: 10.1300/J056v18n02_01
- Ketting, E., y Winkelmann, C. (2013). New approaches to sexuality education and underlying paradigms. *Bundesgesundheitsblatt*, 56(2), 250-255.
doi: 10.1007/s00103-012-1599-8
- Kaye, K. (1982). *La vida mental y social de los bebés*. Barcelona, España: Paidós.
- King, E.B., Botsford, W., Hebl, M.R., Kazama, S., Dawson, J.F., y Perkins, A. (2012). Benevolent sexism at work: Gender differences in the distribution of challenging developmental experiences. *Journal of Management*, 38(6), 1835-1866.
doi: 10.1177/0149206310365902
- Kjellgren, C. (2019). Perspectives of young adult males who displayed harmful sexual behaviour during adolescence on motive and treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 25(2), 116-130.
doi: 10.1080/13552600.2018.1563647
- Kirby, D. (1999). La sexualidad y la educación sexual en el hogar y la escuela. *Adolesce Med*, 10(2), 195-209.
- Kohler, P.K., Manhart, L.E., y Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344-351.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.08.026

Kolenz, K.A., y Branfman, J. (2019). Laughing to sexual education: feminist pedagogy of laughter as a model for holistic sex-education. *Sex Education*, 19(5), 568-581.
doi: 10.1080/14681811.2018.1559728

Kost, K., y Lindberg, L. (2015). Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health: investigating relationships with new measures and propensity score analysis. *Demography*, 52(1), 83-111.
doi: 10.1007/s13524-014-0359-9

L

L'Abate, L., y Talmadge, W.C. (1987). Love, intimacy, and sex. En G.R. Weeks y L. Hof (Eds.), *Integrating sex and marital therapy: A clinical guide* (pp. 23-34). Nueva York, NY-US: Brunner Mazel.

Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid, España: Horas y Horas.

Lal, L., Audsley, J., Murphy, D.A., Fairley, C.K., Stoove, M., Roth, N., ... y Leslie, D. (2017). Medication adherence, condom use and sexually transmitted infections in Australian preexposure prophylaxis users. *Aids*, 31(12), 1709-1714.
doi: 10.1097/QAD.0000000000001519

Lambie, I., y Price, M. (2015). Transitioning youth with sexually harmful behaviour back into the community. *Journal of Sexual Aggression*, 21(2), 244-265.
doi: 10.1080/13552600.2013.873829

Lameiras, M. (1997). *Las actitudes: planteamientos actuales y ámbitos de aplicación* [Attitudes: Current approaches and scopes]. Valencia: Promolibro.

Lancaster, J.B. (2017). Human adolescence and reproduction: An evolutionary perspective. In J.B. Lancaster y B.A. Hamburg (Eds.), *School-Age Pregnancy & Parenthood* (pp. 17-38). New York, NY-US: Routledge.

Lance, L.M. (1987). The effects of interaction with gay persons on attitudes toward homosexuality. *Human Relations*, 40(6), 329-336.
doi: 10.1177/001872678704000601

Landén, M., e Innala, S. (2000). Attitudes toward transsexualism in a Swedish national survey. *Archives of Sexual Behavior*, 29(4), 375-388.
doi: 10.1023/a:1001970521182

Lara, L.A., y Abdo, C.H. (2016). Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(5), 417-423.
doi: 10.1016/j.jpbg.2015.11.012

- Lara, C.L., Cianelli, A.R., Ferrer, L.L., Bernales, S.M., y Villegas, R.N. (2008). Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horizonte de Enfermería*, 19(2), 35.
- Larsen, K.S., Reed, M., y Hoffman, S. (1980). Attitudes of Heterosexual Towards Homosexuality: A Likert-type Scale and Construct Validity. *The Journal of Sex Research*, 16, 245-257.
doi: 10.1080/00224498009551081
- Larsen, K.S., Cate, R., & Reed, M. (1983). Anti-black attitudes, religious orthodoxy, permissiveness, and sexual information: A study of the attitudes of heterosexuals toward homosexuality. *Journal of Sex Research*, 19(2), 105-118.
doi.org/10.1080/00224498309551173
- Lavee, Y., y Olson, D.H. (1993). Seven types of marriage: Empirical typology based on ENRICH. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(4), 325-340.
doi: 10.1111/j.1752-0606.1993.tb00996.x
- Leaper, C., y Starr, C.R. (2019). Helping and hindering undergraduate women's STEM motivation: experiences With STEM encouragement, STEM-related gender bias, and sexual harassment. *Psychology of Women Quarterly*, 43(2), 165-183.
doi: 10.1177/0361684318806302
- Leary, M.R., y Downs, D.L. (1995). Interpersonal functions of the self-esteem motive. En M.H. Kernis (Ed.), *Efficacy, Agency, and Self-Esteem* (pp. 123-144). Boston, MA-US: Springer.
- Leathwood, C. (2006). Gender, equity and the discourse of the independent learner in higher education. *Higher Education*, 52(4), 611-633.
doi 10.1007/s10734-005-2414-3
- Lee, G.Y., y Lee, D.L. (2019) Effects of a life skills-based sexuality education programme on the life-skills, sexuality knowledge, self-management skills for sexual health, and programme satisfaction of adolescents, *Sex Education*, 19(5), 519-533.
doi: 10.1080/14681811.2018.1552584
- Lee, D.M., Nazroo, J., O'Connor, D.B., Blake, M., y Pendleton, N. (2016). Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 133-144.
doi: 10.1007/s10508-014-0465-1
- Lerner, M.J. (1980). *The belief in a just world*. Boston, MA-US: Springer, US.

- Levant, R.F., Rankin, T.J., Hall, R.J., Smalley, B., y Williams, C.M. (2012). Measurement of Nontraditional Sexuality in Women. *Arch Sex Behav* 41, 283-295.
doi:10.1007/s10508-011-9793-6
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (1990) (LOGSE). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 238, 1990, 4 de octubre, 28927-28942.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/1990/10/03/1>
- Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades (2001) (LOMLOU). *Boletín Oficial del Estado*, 89, de 13 de abril de 2007, 16241-16260.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/04/12/4>
Texto consolidado: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/04/12/4/con>
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (2002) (LOCE). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 307, 2002, 24 de diciembre, 45188-45220.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2002/12/23/10>
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (2006) (LOE). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 106, 2006, 4 de mayo, 17158 a 17207.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/05/03/2>
- Ley Orgánica 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 157, de 2 de julio de 2005, 23632-23634.
<https://www.boe.es/eli/es/l/2005/07/01/13>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (2007). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 71, 2007, 23 de marzo, 12611-12645.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3>
Texto consolidado: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con>
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (2013) LOMCE). *Boletín Oficial del Estado*, 295, de 10 de diciembre de 2013, 97858-97921.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2013/12/09/8>
- Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 163, 2021, 9 de julio, 81817-81866.
<https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2021/06/07/2>
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (2020) (LOMLOE). *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 30 de diciembre de 2020, 122868-122953.
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>

- Lin, Y.L., y Lin, Y.C. (2018). Effectiveness of the sexual attitude restructuring curriculum amongst Taiwanese graduate students. *Sex Education*, 18(2), 140-156.
doi: 10.1080/14681811.2017.1410698
- Lisahunter (2018). ^HPE: Pedagogy, Feminism, Sexualities and Queer Theory. En L. Mansfield, J. Caudwell, B. Wheaton, y B. Watson (Eds.), *The Palgrave Handbook of Feminism and Sport, Leisure and Physical Education* (pp. 427-445). London, UK: Palgrave Macmillan.
- Liss, M., Erchull, M.J., y Ramsey, L.R. (2011). Empowering or oppressing? Development and exploration of the Enjoyment of Sexualization Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(1), 55-68.
doi: 10.1177/0146167210386119
- Loeber, O., Reuter, S., Apter, D., van der Doef, S., Lazdane, G., y Pinter, B. (2010). Aspects of sexuality education in Europe—definitions, differences and developments. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(3), 169-176.
doi: 10.3109/13625181003797280
- Logel, C., Walton, G.M., Spencer, S.J., Iserman, E.C., von Hippel, W., y Bell, A.E. (2009). Interacting with sexist men triggers social identity threat among female engineers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(6), 1089-1103.
doi: 10.1037/a0015703
- Looker, K.J., Magaret, A.S., Turner, K.M., Vickerman, P., Gottlieb, S.L., y Newman, L. M. (2015). Global estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 2 infections in 2012. *PloS One*, 10(1), e114989.
doi: 10.1371/journal.pone.0114989
- López Fuentejada, A., y Castro, A. (2007). *Adolescencia. Límites imprecisos*. Madrid, España: Alianza.
- López Sánchez, F. (1990). *Educación sexual*. Madrid, España: Fundación Universidad-Empresa.
- López García, M.L. (1995). *Educación afectivo-sexual. Materiales 12-16 para la educación secundaria*. Madrid, España: MEC- Narcea.
- López Sánchez, F. (1993). El apego a lo largo del ciclo vital. En M.J. Ortiz, y S. Yarnoz (Comp.), *Teoría del apego y relaciones afectivas* (pp. 12-70). Bilbao, España: Universidad del País Vasco.
- López Sánchez, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid, España: Siglo XXI.

- López Sánchez, F. (1999). Evolución del apego desde la adolescencia hasta la muerte. En F. López Sánchez, I. Etxebarria, M.J. Fuentes, M.J. Ortiz (Coord.). *Desarrollo afectivo y social* (pp. 21- 24). Madrid, España: Pirámide.
- López Sánchez, F. (2005). *Educación sexual de los hijos/as*. Madrid, España: Pirámide.
- López Sánchez, F. (2009). *Amores y desamores: procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- López Sánchez, F. (2012). *Sexualidad y afectos en la vejez* (1ª ed.). Madrid, España: Pirámide.
- López Sánchez, F. (2015). Apego y relaciones amorosas. *Informació Psicològica*, 82, 36-48.
- López Sánchez, F., Fernández-Rouco, N.F., Carcedo, R.J., Kilani, A., y Blázquez, M.I. (2010). La evolución de la sexualidad prepuberal y adolescente: diferencias en afectos y conductas entre hombres y mujeres. *Cuestiones de Género: de la igualdad y la Diferencia*, 5, 165-184.
- López Sánchez, F., y Fuertes, A. (1989). *Para comprender la sexualidad*. Estella, España: Verbo Divino.
- López Soler, N. (2003). *Curso de educación afectivo-sexual: libro de teoría* (1ª ed.) La Coruña, España: Netbiblo.
- López Villaverde, V. (2014). Epidemiología de la esterilidad. Influencia de los factores ambientales. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 31(2), 31-37.
- Louro, G. (2019). Currículo, género y sexualidad. Lo “normal”, lo “diferente” y lo “excéntrico”. *Descentrada*, 3(1), e065.
doi: 10.24215/25457284e065
- Luong, G., Charles, S.T., y Fingerman, K.L. (2010). Better with age: Social relationships across adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(1), 9-3.
doi: 10.1177/0265407510391362
- Lusey, H., San Sebastian, M., Christianson, M., y Edin, K.E. (2017). Factors associated with gender equality among church-going young men in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. *International Journal Equity Health*, 16, 213.
doi.org/10.1186/s12939-017-0707-7

M

- Mackenzie, S., Michels, C., y Chang, J. (2020). Structures of Sexuality: Sexual Stigma, Disclosure, and HIV Risk with Primary Female Partners Among Behaviorally Bisexual Black Men. *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 299-31.
doi: 10.1007/s10508-019-1463-0
- Madanikia, Y., Bartholomew, K., y Cytrynbaum, J.B. (2013). Depiction of masturbation in North American movies. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 22(2), 106-115.
doi: 10.3138/cjhs.2013.2052
- Madigan, S., Ly, A., Rash, C.L., Van Ouytsel, J., y Temple, J.R. (2018). Prevalence of multiple forms of sexting behavior among youth: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 327-335.
doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.5314
- Madžarević, G., y Soto-Sanfiel, M.T. (2018). Positive representation of gay characters in movies for reducing homophobia. *Sexuality & Culture*, 22(3), 909-930.
doi: 10.1007/s12119-018-9502-x
- Maideu, E. (1982). Modelo de educación sexual en Europa. *Cuadernos de Pedagogía*, 90, 1-7.
- Markham, C.M., Lormand, D., Gloppen, K.M., Peskin, M.F., Flores, B., Low, B., y House, L.D. (2010). Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), S23-S41.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.214
- Marriage (Same Sex Couples) Act 2013*, c. 30.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2013/30/contents/enacted>
- Marriage and Civil Partnership (Scotland) Act 2014*, asp. 5.
<https://www.legislation.gov.uk/asp/2014/5/contents/enacted>
- Márquez, Y., Gutiérrez-Barroso, J., y Gómez-Galdona, N. (2017). Equidad, Género y Diversidad en Educación. *European Scientific Journal*, 13(7), 300-319.
doi: 10.19044/esj.2017.v13n7p300
- Martín, S. (2018). Querer y poder: (Des) igualdad en la universidad pública española. *Contextos Educativos: Revista de Educación*, 21, 11-34.
doi: 10.18172/con.3304
- Martínez, I., Barberá, E., y Pastor, R. (1988). Medida de la masculinidad, feminidad y androginia psicológica. En J. Fernández (Coord.), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género* (pp. 125-143). Madrid, España: Pirámide.

- Martínez, J.L., Orgaz, B., Vicario, I., González, E., Carcedo, R.J., Fernández, A.A., Fernández, A.A., y Fuertes, A. (2011). Educación sexual y formación del profesorado en España: diferencias por sexo, edad, etapa educativa y comunidad autónoma. *Magister: Revista Miscelánea de Investigación*, 24, 37-47.
- Martínez, J.L., González, E., Vicario, I., Fernández A.A., Carcedo, R.J., Fuertes, J.A., y Orgaz, B. (2013). Formación del profesorado en educación sexual: pasado, presente y futuro. *Magister: Revista Miscelánea de Investigación*, 25(1), 35-42.
doi: 10.17811/msg.25.1.2013.%25p
- Martínez, J.L., Vicario-Molina, I., González, E., e Ilabaca, P. (2014). Sex education in Spain: the relevance of teachers' training and attitudes/Educación sexual en España: importancia de la formación y las actitudes del profesorado. *Infancia y Aprendizaje*, 37(1), 117-148.
doi: 10.1080/02103702.2014.881652
- Martínez, M.C., Paterna, C., y Gouveia, V.V. (2016). Relevancia del modelo dual de valores en relación con el prejuicio y la intención de contacto hacia exogrupos. *Anales de Psicología*, 22(2), 243-250.
- Mast, M.S. (2002). Female dominance hierarchies: Are they any different from males'? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(1), 29-39.
doi: 10.1177/0146167202281003
- Masters, W.H., y Johnson, V.E. (1966) *Human Sexual Response*. New York, NY-US: Bantam Books.
- McDermott, D.T., Brooks, A.S., Rohleder, P., Blair, K., Hoskin, R.A., & McDonagh, L.K. (2018). Ameliorating transnegativity: Assessing the immediate and extended efficacy of a pedagogic prejudice reduction intervention. *Psychology & Sexuality*, 9(1), 69-85.
doi: 10.1080/19419899.2018.1429487
- McGhee, D., y Zhang, S. (2017). Nurturing resilient future citizens through value consistency vs. the retreat from multiculturalism and securitisation in the promotion of British values in schools in the UK. *Citizenship Studies*, 21(8), 937-950.
doi: 10.1080/13621025.2017.1380650
- McLoughlin, L.A. (2005). Spotlighting: Emergent gender bias in undergraduate engineering education. *Journal of Engineering Education*, 94(4), 373-381.
doi: 10.1002/j.2168-9830.2005.tb00865.x
- McNulty, J.K., Wenner, C.A., y Fisher, T.D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 85-97.
doi: 10.1007/s10508-014-0444-6

- Medialdea, C., Otte, A. y Pérez, J. (2001). *Curso de educación de la sexualidad para adolescentes (SABE)*. Madrid, España: Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF).
- Meader, N., King, K., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., ... y Sowden, A.J. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*, 16(1), 657. doi: 10.1186/s12889-016-3373-6
- Messman-Moore, T.L., Walsh, K.L., y DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967-976. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.06.004
- Meyer, E.J., Quantz, M., Taylor, C., y Peter, T. (2019). Elementary Teachers' Experiences with LGBTQ-inclusive Education: Addressing Fears with Knowledge to Improve Confidence and Practices. *Theory Into Practice*, 58(1), 6-17. doi: 10.1080/00405841.2018.1536922
- Miller, B.C., Norton, M.C., Jenson, G.O, Lee, TR, Christopherson, C., y King P.K. (1993). Impact evaluation of Facts and feelings: A homebased video sex education curriculum. *Family Relations*, 42, 392-400. doi:10.2307/585339
- Miller, A.M., Kismödi, E., Cottingham, J., y Gruskin, S. (2015). Sexual rights as human rights a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 16-30. doi: 10.1016/j.rhm.2015.11.007
- Miller, A.N., Kinnally, W., Maleche, H., y Booker, N.A. (2017). The relationship between Nairobi adolescents' media use and their sexual beliefs and attitudes. *African Journal of AIDS Research*, 16(2), 129-136. doi: 10.2989/16085906.2017.1325754
- Miller, D.J., Kidd, G., Raggatt, P.T., McBain, K.A., y Li, W. (2020). Pornography use and sexism among heterosexual men. *Communication Research Reports*, 37(3), 110-121. doi: 10.1080/08824096.2020.1777396
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). Formación en promoción y educación para la salud. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>

- Moreau, N., Költő, A., Young, H., Maillochon, F., y Godeau, E. (2019). Negative feelings about the timing of first sexual intercourse: findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *International Journal of Public Health*, 64(2), 219-227.
doi: 10.1007/s00038-018-1170-y
- Moreno, A. (2012). Situación demográfica, económica y laboral de las personas jóvenes. En Instituto de la Juventud (Ed.), *Informe Juventud en España 2012* (Primera Parte, pp.15-174). Madrid, España: INJUVE.
- Moreno, A. (2014). El desarrollo durante la adolescencia. En A. Moreno (Coord.), *Psicología del Desarrollo II. Adolescencia, juventud, adultez y vejez*. (Módulo 1, pp. 20-30). Barcelona, España: Universitat Oberta de Catalunya.
- Moreno, P., y López Navarro, E. (2001). *Educación sexual. Guía para un desarrollo sano*. Madrid, España: Grupo Anaya.
- Moreno, S., Canelón, M.L., y Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio Abierto*, 15(4), 787-803.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211-250.
doi: 10.1002/ejsp.2420180303
- Mosher, D.L. y Cross, H. (1971). Sex guilt and premarital sexual experience of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 27-32.
doi: 10.1037/h0030454
- Moss-Racusin, C.A., Dovidio, J.F., Brescoll, V.L., Graham, M.J., y Handelsman, J. (2012). Science faculty's subtle gender biases favor male students. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(41), 16474-16479.
doi: 10.1073/pnas.1211286109
- Mudhovozi, P. (2011). Unsafe Sexual Behavior, Reasons for Consequences and Preventive Methods Among College Students. *Journal of Psychology in Africa*, 21(4), 573-575.
doi: 10.1080/14330237.2011.10820499
- Mustanski, B.S., Garofalo, R., y Emerson, E.M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2426-2432.
doi: 10.2105/AJPH.2009.178319
- Mutinta, G., Govender, K., George, G., y Gow, J. (2014). The influence of biological factors on students' sexual behaviour at the University of KwaZulu-Natal, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 13(4), 321-329.
doi: 10.2989/16085906.2014.961938

N

- Nadal, K.L., Davidoff, K.C., Davis, L.S., Wong, Y., Marshall, D., y McKenzie, V. (2015). A qualitative approach to intersectional microaggressions: Understanding influences of race, ethnicity, gender, sexuality, and religion. *Qualitative Psychology*, 2(2), 147.
doi: 10.1037/qup0000026
- Nadeem, A., Cheema, M.K., y Zameer, S. (2020). Perceptions of Muslim parents and teachers towards sex education in Pakistan. *Sex Education*, 21(1), 106-118.
doi: 10.1080/14681811.2020.1753032
- Nardi, H.C. (2011). Theoretical approaches and policies in sexual diversity and educational in Brazil A critical review. *Journal of LGBT Youth*, 8(2), 201-209.
doi: 10.1080/19361653.2011.541345
- Nelson, K.M., Pantalone, D.W., y Carey, M.P. (2019). Sexual health education for adolescent males who are interested in sex with males: An investigation of experiences, preferences, and needs. *Journal of Adolescent Health*, 64(1), 36-42.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.07.015
- Ngidi, N.D., Moyo, S., Zulu, T., Adam, J.K., y Naidu, S.B. (2016). Qualitative evaluation of selected social factors that impact sexual risk-taking behaviour among African students in Kwazulu-Natal, South Africa, *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 13(1), 96-105.
doi: 10.1080/17290376.2016.1218792
- Nilsson, M., Griggs, D., y Visbeck, M. (2016). Policy: Map the interactions between Sustainable Development Goals. *Nature*, 534(7607), 320-322.
doi: 10.1038/534320a
- Newcomb, M.E., y Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019-1029.
doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.003
- Northern Ireland (Executive Formation etc) Act 2019*, c. 22.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2019/22/contents/enacted>
- Norton, A.T., y Herek, G.M (2013). Heterosexuals' attitudes toward transgender people: Findings from a national probability sample of US adults. *Sex Roles*, 68(11-12), 738-753.
doi: 10.1007/s11199-011-0110-6
- NU-United Nations (1995). Action for Equality, Development and Peace. *Proceedings Fourth World Conference on Women*. Beijing, (China), 4 al 15 de septiembre de 1995.
doi: 10.1017/S0020782900032794

NU-United Nations (2015). Sustainable Development Goals. ONU.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

O

Oakley, A. (2016). *Sex, gender and society*. London: Routledge.

Ochoa, E. (1995). Dimensiones y aspectos implicados en la sexualidad. En F. Labrador (Coord.), *Guía de la sexualidad* (pp. 20-42). Madrid, España: Espasa Calpe.

Olmstead, S.B., Negash, S., Pasley, K., y Fincham, F.D. (2013). Emerging adults' expectations for pornography use in the context of future committed romantic relationships: A qualitative study. *Archives of Sexual Behavior*, 42(4), 625-635.
doi: 10.1007/s10508-012-9986-7

Ollis D (2016). 'I felt like I was watching porn': the reality of preparing pre-service teachers to teach about sexual pleasure. *Sex Education*, 16(3), 308-323.
doi: 10.1080/14681811.2015.1075382

OMS-Organización Mundial de la Salud (1985). *Informes de los directores regionales sobre los acontecimientos regionales de importancia, incluidos los asuntos tratados por los comités regionales. Informe del Director Regional para Europa*. Ginebra: Oficina Europea. OMS.

ONUSIDA-Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2021). Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida.
<http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

OPS-Organización Panamericana de la Salud (2000). *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción*. Guatemala: OPS.

Ortiz, M., Gómez-Zapiain, J.G., y Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 14(2), 469-475.

Oxford English Dictionary (2019). *Diccionario publicado por la editorial Oxford University Press*.
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/>

P

Páez, J.I., Hevia, G.E., Pesci, F., y Rabbia, H.H. (2015). Construcción y validación de una escala de actitudes negativas hacia personas trans. *Revista de Psicología*, 33(1), 153-190.
doi: 10.18800/psico.201501.006

- Páez, J., Rabbia, H.H., Hevia, G.E., y Pesci, F. (2018). Bases sociales y psicopolíticas del prejuicio hacia personas trans en habitantes de Córdoba, Argentina. *Investigaciones en Psicología*, 23(2), 27-36.
doi: 10.32824/investigpsicol.a23n2a3
- Papalia, D. (2005). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. (9ª ed.). Ciudad de México, México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Paiva, V., y Silva, V.N. (2015). Facing negative reactions to sexuality education through a Multicultural Human Rights framework. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 96-106.
doi: 10.1016/j.rhm.2015.11.015
- Peragallo, N., DeForge, B., O'Campo, P., Lee, S.M., Kim, Y., Cianelli, R., y Ferrer, L. (2005). A randomized clinical trial of an HIVrisk-reduction intervention among low-income Latina women. *Nursing Research*, 54, 108-118.
doi: 10.1097/00006199-200503000-00005
- Parker, R., Wellings, K., y Lazarus, J.V. (2009). Sexuality education in Europe: An overview of current policies. *Sex Education*, 9(3), 227-242.
doi: 10.1080/14681810903059060
- Payton, J.W., Wardlaw, D.M., Graczyk, P.A., Bloodworth, M.R., Tompsett, C.J., y Weissberg, R.P. (2000). Social and emotional learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. *Journal of School Health*, 70(5), 179-185.
doi: 10.1111/j.1746-1561.2000.tb06468.x
- Penna, M. (2015). Homofobia en las aulas universitarias: un meta-análisis. *REDU-Revista de Docencia Universitaria*, 13(1), 181-202.
doi: 10.4995/redu.2015.6445
- Penna, M. (2017). Propuesta curriculares para la formación inicial del profesorado de Educación Secundaria en la atención a las diversidades sexuales y la prevención de la homofobia. *Hachetepé. Revista Científica de Educación y Comunicación*, 15, 13-25.
- Pérez, V.T. (2008). Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1), 1-8.
- Pereira, A., Fávero, M., Barbosa-Ducharne, M.A., Almeida, A.I., y Figueiredo, C. (2015). Comunicação com o/a parceiro/a sexual acerca de preocupações preventivas, auto-eficácia contraceptiva e (in) satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 33(2), 195-206.
doi:10.14417/ap.949
- Perinat, A., Miras, M., y Onrubia, J. (2017). *Psicología del Desarrollo I*. Barcelona, España: Universitat Oberta de Catalunya.

- Poteat, V.P., Russell, S.T., y Dewaele, A. (2019). Sexual health risk behavior disparities among male and female adolescents using identity and behavior indicators of sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 48(4), 1087-1097.
doi: 10.1007/s10508-017-1082-6
- Powell, A., y Sang, K.J. (2015). Everyday experiences of sexism in male-dominated professions: A Bourdieusian perspective. *Sociology*, 49(5), 919-936.
doi: 10.1177/0038038515573475
- PNUD-Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (2015). *Informe sobre Desarrollo Humano 2015: Trabajo al servicio del desarrollo humano. Trabajo al servicio del desarrollo humano*. Nueva York, NY-US: PNUD.
- Preston, M. (2013). "Very Very Risky": Sexuality Education Teachers' Definition of Sexuality and Teaching and Learning Responsibilities. *American Journal of Sexuality Education*, 8(1-2), 18-35.
doi: 10.1080/15546128.2013.790223
- Pringle, J., Mills, K. L., McAteer, J., Jepson, R., Hogg, E., Anand, N., y Blakemore, S. J. (2017). The physiology of adolescent sexual behaviour: a systematic review. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1368858>
- Public Health Agency of Canada (2015). *Report on sexually transmitted infections in Canada: 2012*. Centre for Communicable Diseases and Infection Control.
<https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/surveillance-epidemiology-sexually-transmitted-infections-hep-b-c/report-2012/report-on-sexually-transmitted-infections-canada-2012-8.html>

R

- RAE-Real Academia Española (2019). *Diccionario de la lengua española*.
<https://dle.rae.es/>
- Rásky, É., Waxenegger, A., Groth, S., Stolz, E., Schenouda, M., y Berzlanovich, A. (2017). Sex and gender matters. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(21-22), 781-785.
doi: 10.1007/s00508-017-1280-1
- Rathus, S.A., Nevid, J.S. y Fichner-Rathus, L. (2005). *Sexualidad humana* (6ª ed.). Madrid, España: Pearson.
- Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional (2003). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 224, 2003, 18 de septiembre, 34355-34356.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/09/05/1125>

- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (2007). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 260, 2007, 4 de mayo, 44037 a 44048.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/10/29/1393>
- Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado (2011). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 35, de 10 de febrero, 13909 a 13926.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/01/28/99>
- Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad (2021). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 233, 2021, 29 de septiembre, 119537-119578.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/09/28/822>
 Texto consolidado: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/09/28/822/con>
- Reddy, S.M., Reddy, P.S., Ohri, N., & Vankar, G.K. (2016). A survey of early career psychiatrists' of India towards homosexuality. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(6), 2313.
 doi: 10.18203/2320-6012.ijrms20161806
- Revilla, J.A.F. (2013). Una reflexión histórico-genealógica sobre los conceptos de género y sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(1), 5-18.
- Rice, F.P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Madrid, España: Pearson.
- Richards, C., Bouman, W.P., Seal, L., Barker, M.J., Nieder, T.O., y T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95-102.
 doi: 10.3109/09540261.2015.1106446
- Rios-González, O., Peña, J.C., Duque, E. y De Botton, L. (2018). The Language of Ethics and Double Standards in the Affective and Sexual Socialization of Youth. Communicative Acts in the Family Environment as Protective or Risk Factors of Intimate Partner Violence. *Frontiers in Sociology*, 3:19.
 doi: 10.3389/fsoc.2018.00019
- Rise, J., Træen, B., y Kraft, P. (1993). The Sexual Opinion Survey scale: a study on dimensionality in Norwegian adolescents. *Health Education Research*, 8(4), 485-494.
 doi: 10.1093/her/8.4.485
- Rodger, A.J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Van Lunzen, J., ... y Asboe, D. (2016). Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*, 316(2), 171-181.
 doi: 10.1001/jama.2016.5148

- Rodríguez, P., y Moreno, B. (1985). Pubertad fisiológica y patológica. *Medicine*, 37, 1563-1569.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Palú, M.E.C., y Cáceres, B. P. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Romeu, A. (2014). El problema de formas especiales de esterilidad. La esterilidad constitucional. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción humana*, 31(1), 53-60.
- Rottenbacher, J.M. (2012). Conservadurismo político, homofobia y prejuicio hacia grupos transgénero en una muestra de estudiantes y egresados universitarios de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 23-37.
- Rubio, A.E. (2007). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En F.C. Pérez y J. Rubio (Coord.), *Antología de la sexualidad humana I* (pp. 1-30). México D.F., México: Porrúa.
- Rudman, L.A., Fetterolf, J.C., y Sanchez, D.T. (2013). What motivates the sexual double standard? More support for male versus female control theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(2), 250-263.
doi: 10.1177/0146167212472375
- Rye, B.J., Serafini, T. y Bramberger, T. (2015). Erotophobic or erotophilic: What are young women's attitudes towards BDSM? *Psychology & Sexuality* 6(4), 340-356.
doi: 10.1080/19419899.2015.1012108
- Rye, B.J., Mashinter, C., Meaney, G.J., Wood, E., y Gentile, S. (2015). Satisfaction with previous sexual health education as a predictor of intentions to pursue further sexual health education, *Sex Education*, 15(1), 93-107.
doi: 10.1080/14681811.2014.967389

S

- Sandfort, T.G., Orr, M., Hirsch, J.S., y Santelli, J. (2008). Long-term health correlates of timing of sexual debut: Results from a national US study. *American Journal of Public Health*, 98(1), 155-161.
doi: 10.2105/AJPH.2006.097444
- Sanz, J.M. (2011). *El enamoramiento en los estudiantes de la Universidad de Burgos*. [Tesis Doctoral, Universidad de Burgos, España].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=136551>
- Sanz, J.M., Fernández-Hawrylak, M., y Benito, A. (2015). Interpersonal Variability of the Experience of Falling in Love. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15(1), 87-100.

- Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S.A., Dodge, B., Middlestadt, S.E., y Fortenberry, J.D. (2010). Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. *The journal of sexual medicine*, 7(5), 315-329.
doi: 10.1111/J.1743-6109.2010.02013.X
- Schmitt, M.T., Branscombe, N.R., Postmes, T., y Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(4), 921-948.
doi: 10.1037/a0035754
- Schofield, M. (1973). *The Sexual Behaviour of Young Adults*. London, UK: Allen Lan.
- Skakoon-Sparling, S., y Cramer, K.M. (2020). Are we blinded by desire? Relationship motivation and sexual risk-taking intentions during condom negotiation. *The Journal of Sex Research*, 57(5), 545-558.
doi: 10.1080/00224499.2019.1579888
- Sedgwick, E.K. (1990). *Epistemology of the closet*. Berkeley, CA-US: University of California Press.
- Sekoni, A.O., Gale, N.K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A., y Jolly, K. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 21624.
doi: 10.7448/IAS.20.1.21624
- Serovich, J.M., Laschober, T.C., Brown, M.J., y Kimberly, J.A. (2017). Longitudinal findings on changes in and the link between HIV-related communication, risky sexual behavior, and relationship status in men who have sex with men living with HIV. *Sexually Transmitted Diseases*, 44(12), 732.
doi: 10.1097/olq.0000000000000680
- Sexual Offences Act 2003*, c. 42.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/42/contents>
- SEF-Sociedad Española de Fertilidad (2008). *Tratado de Reproducción Humana para Enfermería*. Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
- SEF-Sociedad Española de Fertilidad (2016). *Manual de buena Práctica clínica en Reproducción Asistida*. Madrid, España: SEF.
- Shepherd, L., y Harwood, H. (2017). The role of STI-related attitudes on screening attendance in young adults. *Psychology, Health & Medicine*, 22(6), 753-758.
doi: 10.1080/13548506.2016.1234715
- Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. Oxford, UK: Harper.

- Shobo, Y. (2007). Youth's perceptions of HIV infection risk: a sex-specific test of two risk models. *African Journal of AIDS Research*, 6(1), 1-8.
doi: 10.2989/16085900709490393
- Sibley, C.G., y Duckitt, J. (2008). Personality and prejudice: A meta-analysis and theoretical review. *Personality and Social Psychology Review*, 12(3), 248-279.
doi: 10.1177/1088868308319226
- Sidanius, J., y Pratto, F. (2001). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. New York, NY-US: Cambridge University Press.
- Sierra, J.C., Rojas, A., Ortega, V., y Martín-Ortiz, J.D. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 41-60.
- Sierra, J.C., Perla, F., y Gutiérrez-Quintanilla, R. (2010). Attitudes Toward Masturbation in Adolescents: Psychometric Properties of Spanish Version of Attitudes Toward Masturbation Inventory. *Universitas Psychologica*, 9(2), 531-542.
- Sierra, J.C., Perla, F., y Santos-Iglesias, P. (2011). Culpabilidad sexual en jóvenes: influencia de las actitudes y la experiencia sexual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 73-81.
- Simons, L.G., Sutton, T.E., Simons, R.L., Gibbons, F.X., y Murry, V.M. (2016). Mechanisms that link parenting practices to adolescents' risky sexual behavior: A test of six competing theories. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(2), 255-270.
doi: 10.1007/s10964-015-0409-7
- Skarbinski, J., Rosenberg, E., Paz-Bailey, G., Hall, H.I., Rose, C. E., Viall, A.H., ... y Mermin, J.H. (2015). Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 588-596.
doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8180
- Steadman, M., Crookston, B., Page, R., y Hall, C. (2014). Parental attitudes regarding school-based sexuality education in Utah. *American Journal of Sexuality Education*, 9(3), 347-369.
doi: 10.1080/15546128.2014.944737
- Stevens, S., Thompson, E.M., Vinson, J., Greene, A., Powell, C., Licona, A.C., y Russell, S. (2013). Informing sexuality education through youth-generated anonymous questions. *Sex Education*, 13(1), 84-S98.
doi: 10.1080/14681811.2013.781020

- Stiernströmer E, Väfors, M., Mellgren, C. y Khoshnood, A. (2020). Characteristics of convicted male-on-female rapists in the South of Sweden between 2013 and 2018: a pilot study. *Forensic Sciences Research*, 5(2), 126-133.
doi: 10.1080/20961790.2020.1757245
- Štulhofer, A., Buško, V., y Landripet, I. (2010). Pornography, sexual socialization, and satisfaction among young men. *Archives of Sexual Behavior*, 39(1), 168-178.
doi: 10.1007/s10508-008-9387-0
- Swami, V., Weis, L., Barron, D., y Furnham, A. (2017). Associations Between Positive Body Image, Sexual Liberalism, and Unconventional Sexual Practices in U.S. Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2485-2494.
doi:10.1007/s10508-016-0924
- Swim, J.K., Aikin, K.J., Hall, W.S., y Hunter, B.A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(2), 199.
doi: 10.1037/0022-3514.68.2.199
- Symons, D. (1979). *The evolution of human sexuality*. New York, NY-US: Oxford University Press.
- Szymanski, D.M., y Henrichs-Beck, C. (2014). Exploring sexual minority women's experiences of external and internalized heterosexism and sexism and their links to coping and distress. *Sex Roles*, 70(1-2), 28-42.
doi: 10.1007/s11199-013-0329-5
- Szirom, T. (2017). *Teaching gender? Sex education and sexual stereotypes*. Sydney, Australia. Routledge.

T

- Tajfel, H., y Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En W.G. Austin y S. Worchel (Eds), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). Monterey, CA-US: Brooks/Cole.
- Taylor, J.L., Dockendorff, K.J., e Inselman, K. (2018). Decoding the digital campus climate for prospective LGBTQ+ community colleges students. *Community College Journal of Research and Practice*, 42(3), 155-170.
doi: 10.1080/10668926.2017.1281177
- Teicher, M.H., y Samson, J.A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266.
doi: 10.1111/jcpp.12507

- Tejerina, B., Aldekoa, E., y García, J. (2017). La producción de la intimidad y la vida sexual de los jóvenes. En J. Benedicto (Dir.), *Informe Juventud en España 2016* (pp. 401-418). Madrid, España: Instituto de la Juventud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Temboury, M.C. (2009). Desarrollo puberal normal: Pubertad precoz. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 127-142.
- Timmins, L., Rimes, K.A., y Rahman, Q. (2020). Minority stressors, rumination, and psychological distress in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Archives of sexual behavior*, 49(2), 661-680.
doi: 10.1007/s10508-019-01502-2
- Tougas, F., Brown, R., Beaton, A.M., y Joly, S. (1995). Neosexism: Plus ça change, plus c'est pareil. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(8), 842-849.
doi:10.1177/0146167295218007
- Trempe, J.P. (1976). Présentation. *Etudes de Sexologie*, 1, 9-13.
- Turner, J.C., Hogg, M.A., Oakes, P.J., Reicher, S.D., y Wetherell, M.S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Oxford, UK: Blackwell.
- Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P.L., Browning, W.R., Raper, J.L., Mugavero, M.J., y Turan, J.M. (2017). How does stigma affect people living with HIV? The mediating roles of internalized and anticipated HIV stigma in the effects of perceived community stigma on health and psychosocial outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283-291.
doi: 10.1007/s10461-016-1451-5
- Twenge, J.M., Sherman, R.A., y Wells, B.E. (2015). Changes in American adults' sexual behavior and attitudes, 1972–2012. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2273-2285.
doi: 10.1007/s10508-015-0540-2

U

- UIPES-Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (1999). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Informe de la UIPES para la Comisión Europea*. España: Evidence Book.
- UNAIDS-The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2020). *Global HIV & AIDS statistics - Fact sheet*.
<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- UNESCO-United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2018). *International technical guidance on sexuality education. An evidence informed approach* (second revised edition). Paris.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

V

- Vallejo-Medina, P., Marchal-Bertrand, L., Gómez-Lugo, M., Espada, J.P., Sierra, J.C., Soler, F., y Morales, A. (2016). Adaptation and validation of the Brief Sexual Opinion Survey (SOS) in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *PloS One*, 11(9), e0162531.
doi: 10.1371/journal.pone.0162531
- Van Anders, S.M. (2015). Beyond sexual orientation: Integrating gender/sex and diverse sexualities via sexual configurations theory. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1177-1213.
doi: 10.1007/s10508-015-0490-8
- Van Lankveld, J., Wolfs, K., y Grauvogl, A. (2020). Gender Differences in the Relationship of Sexual Functioning with Implicit and Explicit Sex Liking and Sex Wanting: A Community Sample Study. *The Journal of Sex Research*, 57(7), 860-871.
doi: 10.1080/00224499.2018.1542656
- Vanwesenbeeck, I., Westeneng, J., de Boer, T., Reinders, J., y van Zorge, R. (2016). Lessons learned from a decade implementing Comprehensive Sexuality Education in resource poor settings: The World Starts With Me. *Sex Education*, 16(5), 471-486.
doi: 10.1080/14681811.2015.1111203
- Vanwesenbeeck, I., Flink, I., van Reeuwijk, M., y Westeneng, J. (2019). Not by CSE alone... furthering reflections on international cooperation in sex education. *Sex Education*, 19(3), 297-312.
doi: 10.1080/14681811.2018.1530650
- Van Der Straten, A., Catania, J.A., y Pollack, L. (1998). Psychosocial correlates of health-protective sexual communication with new sexual partners: the National AIDS Behavioral Survey. *AIDS and Behavior*, 2(3), 213-227.
doi:10.1023/A:1022137817863
- Vehmas, S. (2019). Persons with profound intellectual disability and their right to sex, *Disability & Society*, 34:4, 519-539.
doi: 10.1080/09687599.2018.1545110
- Venegas, M. (2011). Un modelo sociológico para investigar las relaciones afectivosexuales. *Revista Mexicana de Sociología*, 73(4), 559-589.

W

- Waite, L.J., Laumann, E.O., Das, A., y Schumm, L.P. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(suppl_1), i56-i66.
doi: 10.1093/geronb/gbp038

- Walker, L. (2014). Sex differences in moral reasoning. En W.M. Kurtines, J. Gewirtz, y J.L. Lamb (Ed.), *Handbook of Moral Behavior and Development. Volume 2: Research*. (pp. 333-364). New York, NY-US: Psychology Press.
- WAS-World Association For Sexual Health (1999). Derechos sexuales. *Actas del 14º Congreso Mundial de Sexología*. Hong Kong (China), 26 de agosto de 1999. doi.org/10.1080/02674659908405423
- WAS-World Association For Sexual Health (2004). Derechos sexuales. *Actas del 13ª Congreso Mundial de Sexología*. Valencia (España), 29 de junio de 1997. <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>
- WAS-World Association For Sexual Health (2014). Declaration of sexual rights. Approved by the WAS Advisory Council. New York (United States) March, 2014. <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>
- Winter, S., Webster, B., y Cheung, P.K.E. (2008). Measuring Hong Kong undergraduate students' attitudes towards transpeople. *Sex Roles*, 59(9-10), 670-683. doi: 10.1007/s11199-008-9462-y
- Workowski, K.A., y Bolan, G.A. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. *Recommendations and Reports*, 64(RR-03), 1.
- WHO-World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- WHO-World Health Organization (1969). *The work of WHO, 1968: annual report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85812>
- WHO-World Health Organization. (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting*. Technical Report Series N° 572. Ginebra: WHO.
- WHO-World Health Organization (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002. Ginebra: WHO.
- WHO-World Health Organization (2013). *Sexually transmitted infections (STIs): the importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health* (No. WHO/RHR/13.02). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75838>

- WHO-World Health Organization (2016). *Global Strategy for the Health of Women, Children and Adolescents (2016-2030): adolescent health: report of the Secretariat*.
<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>
- WHO-World Health Organization (2017a). *Sexual health*.
https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- WHO-World Health Organization (2017b). *Human rights and health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- WHO-World Health Organization (2017c). Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/en/
- WHO-World Health Organization (2017d). *Sexually transmitted infections (STIs)*.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- WHO-World Health Organization (2019). More than 1 million new curable sexually transmitted infections every day.
<https://www.who.int/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>
- WHO-World Health Organization (2021). *Sexual and reproductive health interventions in the WHO UHC Compendium*. Ginebra: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022867>
- WHO-World Health Organization, y Marcolino, C. (1969). *The work of WHO, 1968: annual report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85812>
- Woods, C. (2010). Employee wellbeing in the higher education workplace: a role for emotion scholarship. *Higher Education*, 60(2), 171-185.
doi: 10.1007/s10734-009-9293-y
- Weeks, J. (1998). The Sexual Citizen. *Theory, Culture & Society*, 15(3-4), 35-52.
doi: 10.1177/0263276498015003003
- Wei, Y., McGrath, P.J., Hayden, J., y Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291.
doi: 10.1186/s12888-015-0681-9

Wilentz, G. (2016). The importance of European standards and a human rights-based approach in strengthening the implementation of sexuality education in Ireland. *Sex Education*, 16(4), 439-445.
doi: 10.1080/14681811.2016.1146988

X

Walfield S.M. (2018) “Men Cannot Be Raped”: Correlates of Male Rape Myth Acceptance. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(13-14), 6391-6417.
doi: 10.1177/0886260518817777

Wagenaar, C., Florence, M., Adams, S., y Savahl, S. (2018). Factors influencing the relationship between alcohol consumption and risky sexual behaviour among young people: A systematic review. *Cogent Psychology*, 5(1), 1483049.
<https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1483049>

Wesche, R., y Dickson-Gomez, J. (2019). Gender attitudes, sexual risk, intimate partner violence, and coercive sex among adolescent gang members. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 648-656.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.10.292

Xiong, Z., Warwick, I., y Challes, S. (2020). Understanding novice teachers' perspectives on China's sexuality education: a study based on the national pre-service teacher education programme. *Sex Education*, 20(3), 252-266.
doi: 10.1080/14681811.2019.1640113

Y

Yamazaki, Y., Aoki, A., y Otaki, J. (2020). Prevalence and curriculum of sexual and gender minority education in Japanese medical school and future direction. *Medical Education Online*, 25(1), 1710895.
doi: 10.1080/10872981.2019.1710895

Z

Zgaga, P. (2019). The Bologna Process in a global setting: twenty years later. Innovation. *The European Journal of Social Science Research*, 32(4), 450-464.
doi: 10.1080/13511610.2019.1674130

Zapata, R.M., y Gutiérrez, M.I. (Coord.) (2016). *Salud sexual y reproductiva*. Almería, España: Universidad de Almería.

Zimman, L., Davis, J., y Raclaw, J. (Eds.) (2014). *Queer excursions: Retheorizing binaries in language, gender, and sexuality*. Oxford, UK: University Press.

ANEXOS

ANEXO I.

ESTUDIO I. La importancia de la Salud Global en Enfermería: ¿qué sabemos?

Index de Enfermería

versión On-line ISSN 1699-5988***versión impresa ISSN 1132-1296***

Index Enferm vol.29 no.3 Granada jul./sep. 2020 Epub 25-Ene-2021

Academia

La importancia de la Salud Global en Enfermería ¿qué sabemos?

The importance of the Global Health in Nursing. What do you know about it?

Laura Alonso Martínez¹ , Jesús Puente Alcaraz²

¹Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Burgos, Burgos, España

²Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos, Burgos, España

Resumen

Este ensayo pretende contribuir al debate mundial que se ha generado, desde las disciplinas profesionales y en especial desde la Enfermería, ante la creciente complejidad de los cuidados de la salud que deben afrontarse en contextos globalizados. Esta reflexión parte de un proyecto universitario en el que se tradujo y estudió las competencias de Enfermería en Salud Global en su plan de estudios. Debido a la complejidad de la sociedad actual es necesario incorporar variables psicológicas, sociales y culturales en la formación enfermera desde una perspectiva transcultural y holística que permitan a estos profesionales liderar y generar cambios que hagan frente a las problemáticas mundiales. Apoyándose en la experiencia de una investigación previa sobre la formación de Enfermería en Salud Global, propone que se cuestione el modelo biomédico y el cambio en la relación de la enfermera con otros profesionales y con el paciente.

Palabras clave: Salud Global; Enfermería; Competencias; Grado

Abstract

This essay aims to contribute to the global debate that has been generated, both from professional disciplines and especially from Nursing, due to the increasing complexity of health care that must be faced in globalized contexts. This reflection started from a university project in which Nursing skills in Global Health were translated and studied in its study plans. Due to the current complexity of society, it is necessary to incorporate psychological, social and cultural variables in nursing education from a cross-cultural and holistic perspective. This will allow these professionals to lead and generate changes able to face global problems. Based on the experience of a previous research on

Nursing training in Global Health, it is proposed to question the biomedical model and the change in the nurse's relationship with other professionals and with the patient.

Keywords: Global Health; Nursing; Competencies; Undergraduate

Introducción

En el punto 26 de la Asamblea General de Naciones Unidas del 25 de septiembre de 2015 fue aprobado que *"debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie"*.^{1,8} Este punto concuerda con la perspectiva transcultural de enfermería reivindicada en Sánchez Ojeda y cols.² Los retos globales a los que debemos enfrentarnos parten de la falta de integración y de la baja colaboración entre los profesionales y los sistemas de salud.^{3,4} La salud se ha convertido en un asunto "Global" y sus factores no pueden ser abordados de manera tradicional e individualista, porque precisan de la colaboración entre países para la creación de estrategias internacionales. La rigidez de las fronteras mundiales es uno de los principales factores que está limitando el acceso igualitario a los recursos sanitarios.^{5,6,7}

La idea inicial por la que se despertó el interés en este campo fue la falta de visiones resolutivas ante los problemas que afectan a la salud de los individuos y que generan alarmas sociales de atención mundial.^{8,9} Los expertos no se encuentran adaptados a los desafíos que conlleva vivir en una sociedad globalizada y precisan mejoras en su formación investigadora y de gestión.¹⁰ Los profesionales necesitan aprender cómo afrontar las situaciones de crisis humanitaria y cómo diseñar estrategias para garantizar una cobertura sanitaria universal, teniendo en cuenta las variables globales en sus cuidados.^{11,12} Koplan y cols. se encuentran entre los primeros autores en impulsar e identificar la disciplina emergente de la Salud Global, corroborando su evolución desde la Salud Internacional y Pública (ver [Tabla 1](#)).¹¹

Tabla 1. Cuadro comparativo entre disciplinas clásicas y Salud Global

	Salud Pública	Salud Internacional	Salud Global
Área geográfica	Salud de su propia área acotada a un país o región	El área se centra en otros países distintos al de origen, normalmente con peores condiciones sanitarias	Se basa en la idea que la salud concierne a todos los países y no tiene una localización determinada. Se actúa según las magnitudes de los problemas no por su ubicación
Enfoque	Prevención colectiva	Prevención colectiva	y cuidado individual
Cooperación	Problemas nacionales que no suelen requerir cooperación internacional	Cooperación de la nación de origen con otra nación con un nivel	La resolución de problemas se centra en la cooperación mundial

	Salud Pública	Salud Internacional	Salud Global
		de ingresos menor a la nación cooperante	
Grupos de población	Colectivo poblacional	Grupos vulnerables y desatendidos de las áreas donde coopera	Colectivo poblacional y los grupos vulnerables y desatendidos
Acceso al sistema de Salud	Acceso igualitario para todos los habitantes del país de origen.	Ayuda al acceso a la sanidad de poblaciones de otras naciones.	Acceso igualitario a nivel sanitario para todas las personas independientemente de la nación de origen.
Disciplina	Engloba multidisciplinariamente las Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud	Engloba pocas disciplinas fuera de la sanitaria y no enfatiza en la multidisciplinariedad	Realza la importancia de todas las profesiones con un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario
Relación entre ellas	Cada país cuenta con una sanidad pública determinada que influye en el desarrollo y bienestar social de país	La Salud Internacional es la aplicación de los principios de la Salud Pública a los cambios que afectan a los países con bajos y medios ingresos contribuyendo al esfuerzo global y local que pueda promocionar y mejorar su situación	La Salud Global ha evolucionado de estas dos ramas. La diferencia fundamental consiste en incluir los contextos políticos, la situación de emergencia, la situación ambiental y todo aquello que pueda afectar a la salud de la persona trasnacionalmente

Fuente: Elaboración propia a partir de Koplan y cols. y Campbell y cols.^{[11](#), [12](#)}

La opinión de expertos

Koplan y cols. definieron la Salud Global como el área de estudio teórico y práctico cuya prioridad es mejorar la salud mediante su acceso universal, sosteniendo que es necesaria la interdisciplinariedad para dar respuestas preventivas de cuidados adaptados a nivel individual y poblacional.^{[11](#)}

Las evidencias científicas a favor de la incorporación de la disciplina de Salud Global están generando un aumento en su demanda educativa, obligando a realizar esfuerzos a nivel nacional e internacional para su adaptación curricular.^{[13](#)} Actualmente la propuesta interprofesional de competencias vigentes es la expuesta en el estudio de Koplan y cols. que ha sido avalada por el Consorcio de Universidades de Salud Global (Consortium of Universities of Global Health or CUGH).^{[11](#), [14](#)}

Esto implica que los profesionales de Enfermería no debemos posponer su incorporación formativa.^{8, 13, 15} Desde la particularidad de esta profesión centrada en los cuidados, ha surgido una corriente académica que está definiendo y adaptando su perfil formativo a la realidad globalizada de los determinantes internacionales a los que se enfrenta.^{9, 14} Además, en la literatura científica se han ratificado las competencias enfermeras en Salud Global propuestas en el estudio de Wilson y cols.¹⁶ No obstante, teniendo en cuenta el estudio de Aline Preto y cols., es necesario que los planes de estudios españoles incorporen estas competencias para poder alcanzar estos requisitos corroborados internacionalmente.¹³

La siguiente información fue recopilada a partir de una investigación previa diseñada en tres fases. Una primera fase exploratoria de carácter bibliográfico en la que se ahondó sobre los orígenes del concepto de la Salud Global y sobre su aplicación a través del estudio de las competencias de Enfermería. La segunda fase se basó en su contrastación a través de entrevistas semiestructuradas con 11 expertos en Salud. Finalmente, en la última fase se analizaron planes nacionales e internacionales de Enfermería que permitieron triangular la información que se recopiló en el estudio.

Los resultados de esta investigación previa coincidieron con la valoración de Kools y cols., que exponen la necesidad de reconocer la disciplina de "Salud Global".¹⁷ En relación con los expertos entrevistados, cabría resaltar las explicaciones de Joan Tallada (Asesor Senior del Departamento de Formación del Institute for Global Health de Barcelona), que señaló que tanto si a la Salud Global se la denomina Medicina Tropical como Salud Internacional o Cooperación Sanitaria, lo importante es comprender que el enfoque común debe centrarse en la salud de las poblaciones y más específicamente en garantizar el acceso a las poblaciones más desfavorecidas. Desde la perspectiva de los profesionales de Enfermería entrevistados, la población cuidada es mundial y, por tanto, se debe ser capaz de abordar los problemas sanitarios de los pacientes provenientes de cualquier país.

Según las similitudes identificadas en las entrevistas realizadas a Joan Tallada y Laura de la Fuente Soro (Biomédica investigadora del Institute for Global Health de Barcelona en Mozambique), se observa que es preciso formar una "nueva generación de líderes en Salud Global" para avanzar más allá de los contextos biomédicos y de la Salud Pública. Para capacitar a estos líderes en Salud Global se necesita un conjunto complejo de habilidades que van desde la economía, la política o la cultura, a la investigación científica, coincidiendo con las variables necesarias para formar a los enfermeros mencionadas en el estudio de Regina Laselva.⁹ Por ende, el futuro crecimiento en este campo debe garantizarse a través de nuevos planes académicos de estudio.¹²

En el caso de la formación enfermera, se percibe una educación privilegiada y ventajosa frente a otras disciplinas, ya que desde los tiempos de la misma Florence Nightingale la profesión ha sabido adaptar sus cuidados a los cambios culturales e históricos, como guerras o desastres medioambientales.^{2,8,9,13} Estas cualidades formativas en su historia profesional han permitido desarrollar competencias "diplomáticas", es decir, habilidades de negociación, colaboración y resolución de conflictos sanitarios.⁹ En consecuencia, la formación debe estar liderada por enfermeros expertos en Salud Global que preparen a las nuevas generaciones, consiguiendo así una verdadera implementación institucional, local, nacional e internacional.^{9, 18, 19}

Competencias educativas en Salud Global

El CUGH se formó en 2008 para definir esta disciplina y estandarizó las competencias interdisciplinarias de médicos, ingenieros, enfermeros, psicólogos, antropólogos, terapeutas, economistas, farmacéuticos, y odontólogos.¹² El Consorcio planteó 39 competencias generales ordenadas en 11 dominios a adaptar por las profesiones mencionadas.^{12, 14} A continuación se encuentran enumeradas las citadas competencias: (1) Distribución mundial de la enfermedad; (2) Globalización de la salud y del cuidado de la salud; (3) Determinantes sociales y medioambientales de salud; (4) Fortalecimiento de las capacidades en Salud Pública; (5) Colaboración, compañerismo y comunicación interdisciplinar; (6) Enfoque ético propio de la Salud Global; (7) Práctica profesional en contextos globales con limitación de recursos; (8) Gestión de programas; (9) Igualdad en salud y justicia social; (10) Conciencia sociocultural y política y (11) Análisis estratégico.¹⁴

Los actuales programas de formación sanitaria siguen anclados en un modelo biomédico, donde se presenta el reto de ampliar su mirada hacia las competencias transculturales.^{2, 20} Las habilidades a desarrollarse en estos programas deben fomentar el conocimiento, el análisis y la gestión de recursos sanitarios desde una perspectiva práctica que incluya a los sistemas locales, nacionales e internacionales.²¹ Otro aspecto que debemos tener en cuenta es el crecimiento de la movilidad internacional de profesionales, que está impulsando la necesidad de ofertar este tipo de programas.^{16, 19} No obstante, los programas de enfermería también deberán circunscribirse a la formación en equipos interdisciplinarios que colaboren a nivel nacional e internacional.^{9, 13} El objetivo de los planes de estudios de enfermería deberá basarse en la investigación y búsqueda de soluciones a problemas universales de salud, aprendiendo a gestionar entornos de trabajo con altos niveles de incertidumbre.^{8, 13} Estos puntos de partida surgieron a través de la Asociación de Enfermeras de Canadá que reconoció su necesidad de implantación educativa.^{13, 16}

Por consiguiente, las competencias enfermeras vigentes a nivel mundial son las adaptadas por Wilson y cols.¹⁶ basadas en las competencias médicas generales aprobadas por el CUGH en agosto de 2010,^{22, 23} (ver [Tabla 2](#)). Dentro de las 6 competencias se desarrollaron 30 subcompetencias esenciales a incorporar en la formación de enfermería.^{19, 24}

Tabla 2. Competencias y subcompetencias enfermeras en Salud Global

1. Carga mundial de morbilidad

1. Describir las causas principales de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y su distribución.

2. Describir las herramientas globales para reducir disparidades en salud: Objetivo del Milenio y otros.

3. Debatir sobre la fijación de prioridades, razonando los cuidados de salud, buscando fondos e investigando para la salud.

2. Implicaciones sanitarias por migración, viajes y desplazamientos relacionados con la salud

4. Demostrar la comprensión de los riesgos sanitarios de los viajes internacionales.

5. Reconocer los riesgos reales y potenciales para la salud de los viajeros.

6. Describir cómo influye las percepciones y la salud según la cultura.

7. Obtener capacidades de proporcionar cuidados sanitarios en distintos entornos culturales.

8. Comunicarse adecuadamente con pacientes y con familias.

9. Identificar las regiones y/o países asociados con mayor riesgo de enfermedades infecciosas.

3. Determinantes sociales y ambientales de la salud

10. Describir cómo afecta a la salud las condiciones sociales, económicas y educativas.

11. Conocer los determinantes sociosanitarios, su impacto y sus diferencias en los distintos países.

12. Describir el impacto de los factores educativos, de comunicación y de salarios.

13. Describir la incidencia en la salud por limitaciones al acceso al agua potable, la comida y la calidad del aire.

14. Describir la relación entre la degradación medioambiental y la salud humana.

4. Globalización de la salud y de los cuidados de la salud

15. Analizar el papel del comercio, organizaciones multinacionales y acuerdos internacionales.

16. Describir los diferentes sistemas de salud para la provisión de los cuidados de salud y sus efectos en la salud.

17. Analizar cómo viajar y contribuir a la expansión de la comunicación y de las enfermedades crónicas.

18. Analizar las tendencias generales y las influencias globales de las habilidades y de los movimientos de los trabajadores de salud.

19. Describir los cuidados de Salud Global en relación con las competencias de los trabajadores de la salud.

20. Conocer las políticas laborales y sus efectos en los movimientos internacionales de los trabajadores de la salud.

5. Cuidados sanitarios en lugares con bajos recursos

21. Expresar claramente las barreras y los cuidados sanitarios ajustándose a los bajos recursos locales e internacionales.

22. Demostrar la comprensión de las ideas culturales y éticas en el trabajo con poblaciones desaventajadas.

23. Demostrar las capacidades de adaptar las habilidades clínicas y prácticas en los ajustes de los recursos y restricciones.

24. Identificar los signos y síntomas de las enfermedades que permitan la evaluación y gestión de los recursos en salud.

25. Describir el rol sindrómico dirigido y los algoritmos clínicos para el tratamiento común de las enfermedades.

26. Identificar las intervenciones clínicas y las estrategias que han sido eficaces en la gestión de los recursos de salud.

27. Estar capacitados para elegir destinos con bajos recursos, y demostrar preparación suficiente para su desempeño.

6. La salud como un derecho humano y de desarrollo de recursos

28. Demostrar la relación básica comprensiva entre la salud y los derechos humanos.

29. Conocer los sistemas internacionales de salud vinculados a los derechos humanos y a la investigación clínica.

30. Describir el rol de la OMS con respecto a la salud y los derechos humanos.

Fuente: Traducción de las competencias y subcompetencias de Wilson y cols.^{[16](#)}

Tras contactar con la Doctora Lynda Wilson, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Birmingham, Alabama, se decidió profundizar y comparar su modelo con la formación española. Durante su revisión se descubrió que en el marco educativo español no hay asignaturas ni especialidades relacionadas con este nuevo enfoque.¹³ Sin embargo, los contenidos en Salud Global se encuentran difuminados entre las asignaturas reguladas para esta titulación.²⁴ De las treinta competencias señaladas en el modelo de Wilson y cols., ningún plan de estudios de enfermería español las cumple por completo.¹⁶ Las asignaturas con más subcompetencias en Salud Global cumplieron únicamente con siete de ellas²⁴ (ver [Tabla 3](#)).

Tabla 3. Asignaturas de Enfermería con más subcompetencias de Wilson y cols.¹⁶

Asignaturas	Subcompetencias
Salud Comunitaria III: Salud Internacional de la Universidad Pontificia de Salamanca. Plan 2018	1, 2, 6, 9, 11, 21, 29
International Nursing de la Universidad Internacional de Cataluña. Plan 2012	1, 4, 10, 11, 15, 22, 27

Fuente: Subcompetencias de Wilson y cols. y análisis propios.^{16, 24}

Las asignaturas comunes en todos los planes de enfermería de 2018 comparten entre una y tres subcompetencias en Salud Global a excepción de la Salud Pública que presenta seis²⁴ (ver [Tabla 4](#)). El resto de las asignaturas analizadas no se encuentran en todos los planes de estudios (ver [Tabla 5](#)). Es de destacar que la Universidad de Almería ofrece hasta catorce asignaturas optativas que abordan muchas de las subcompetencias, pero que por sí solas no permiten alcanzar más de dos.²⁴

Tabla 4. Asignaturas comunes universitarias relacionadas con las subcompetencias de Wilson y cols.¹⁶

Asignaturas	Subcompetencias
Salud Pública	1, 2, 9, 10, 13, 16
Legislación y Bioética	8, 28, 30
Salud Comunitaria	8, 10, 12, 16
Bioestadística	2

Fuente: Subcompetencias de Wilson y cols. y análisis propios.^{16, 24}

Tabla 5. Asignaturas diferentes por universidades relacionadas con las subcompetencias de Wilson y cols.¹⁶

Tabla 5. Asignaturas diferentes por universidades relacionadas con las subcompetencias de Wilson y cols.¹⁶

Planes de estudio Universidad (Plan)	Asignaturas	Subcompetencias
Huelva (2009). Málaga (2010). Granada (2008). Almería (2009). Cádiz (2013). Córdoba (2009). Jaén (2011). Francisco Maldonado de Osuna (2011). Zaragoza (2009). Castilla la Mancha (2016). Pontificia de Comillas. San Juan de Dios (2009). Autónoma de Barcelona (2013). Ramon Llull (2013). Internacional de Cataluña (2012). Rovira i Virgili de Tarragona (2011). La Fe (2011). Alicante (2012). Islas Baleares (2009). Islas Canarias (2012). Camilo José Cela (2011). Francisco Vitoria (2010)	Transculturalidad	6, 7, 11
Huelva. Almería. Cádiz. Francisco Maldonado de Osuna. San Jorge (2013). Navarra (2015). Pública de Navarra (2015). Lérida (2013). Autónoma de Barcelona. Internacional de Cataluña. Rovira i Virgili de Tarragona. Cardinal de Herrera (2012). Islas Baleares. Murcia (2011). Europea de Madrid (2013). Católica de San Antonio (2010). Autónoma de Madrid (2010)	Antropología	6, 7, 10, 11, 13
Huelva. Castilla la Mancha. Vigo (2010). Rovira i Virgili Tarragona. Jaume I (2012). Islas Baleares. Alfonso X el Sabio (2010). Católica de San Antonio. Autónoma de Madrid (2010).	Diferencias y Desigualdades de la Salud	6, 7, 10, 11, 13, 22
Cádiz. Jaén. Internacional de Cataluña. Murcia. Alfonso X el Sabio. Islas Canarias. León (2012).	Cooperación Sanitaria de la Salud	7, 10, 11, 13, 18, 22
Cádiz. Oviedo (2009). Lérida. Murcia. Alicante. Camilo José Cela.	Ecología de la Salud	14
Oviedo. Lérida. Islas Baleares.	Determinantes de la Salud	10, 11

Fuente: Subcompetencias de Wilson y cols. y análisis propios.^{16, 24}

Por consiguiente, la Salud Global es una nueva disciplina que surge para solucionar los problemas sanitarios actuales relacionados con el aumento de la movilidad internacional, la propagación de enfermedades entre países, el avance tecnológico y la concienciación de crear colaboraciones nacionales e internacionales, obligando a reconocer como necesaria su incorporación.^{7, 8, 11, 13, 14, 25} A nivel mundial sigue existiendo un debate inconcluso sobre su campo de estudio, pero la comunidad científica ha evidenciado un cuerpo de conocimientos y competencias que respaldan la existencia independiente de esta disciplina.^{11, 12, 7, 23} Además, su demanda científica y educativa ha provocado la creación de redes mundiales como el CUGH o la Federación Mundial de Instituciones Académicas para Salud Global, que la avalan como disciplina.^{7, 12, 14} Estas redes contribuyen a garantizar la formación, la investigación y la colaboración entre facultades y organismos para garantizar el cumplimiento de sus competencias profesionales.^{14, 19} Múltiples organismos mundiales de distintas profesiones se están sumando a este cambio planteando nuevas propuestas formativas en asignaturas y másteres.^{11, 14} Como expusieron Koplan y cols., lo importante es formar profesionales de calidad que hayan alcanzado fehacientemente las competencias en Salud Global, comprendiendo que es una ciencia en desarrollo y en crecimiento y que debe mantenerse sustentada por la investigación, la discusión y la búsqueda permanente de mejoras.^{11, 12}

Con respecto a las investigaciones de los profesionales de enfermería a nivel nacional e internacional, como las de Wilson y cols. y Aline Preto y cols.,^{13, 16} se recalca la importancia de continuar contribuyendo a la especialización enfermera para afrontar estos nuevos retos formativos de manera transversal, considerando que no sirve con formar en una asignatura sino en comprender al ser humano holísticamente.^{18, 19, 25, 26} Por otra parte, los retos que se derivan del proceso de globalización están obligando a renovar el currículum de enfermería e impartir nuevos modelos de enseñanza-aprendizaje, que lleguen a resaltar el valor de su perfil para desarrollar su propia rama de conocimientos en Salud Global y evitar así su retraso formativo.^{4, 16, 25, 26}

Conclusiones

Los planes de estudio de los Grados de Enfermería en España muestran una evolución insuficiente para adaptarse a estas nuevas necesidades formativas. Sin embargo,

debemos reconocer que se están proponiendo nuevos programas de estudios bilingües para agilizar la movilidad internacional y la formación del alumnado y profesorado.

A nivel docente, la Salud Global supondrá un incremento en el nivel académico y profesional de los graduados y de los postgraduados de enfermería para responder ante estos cambios mundiales. Los Grados de Enfermería españoles no consiguen cumplir en su totalidad con las competencias planteadas para su profesión. Con respecto a los másteres, comienzan a ofrecerse en España, pero se encuentran concentrados en la Comunidad de Cataluña.

La enfermería no debe quedarse atrás en esta nueva iniciativa. La titulación ofrece una formación holística del ser humano, investigaciones científicas de calidad y sus diferentes especialidades avalan a los enfermeros como profesionales fundamentales para la construcción de esta disciplina. Estos profesionales deben considerarse capaces de coordinar equipos interdisciplinarios e influir en la política actual, contribuyendo a la garantía de un sistema sanitario igualitario y eficaz. En consecuencia, la Salud Global ejercida por el enfermero debería denominarse como "Cuidado Global", el cual los enfermeros llevan realizando desde el nacimiento de esta profesión.

Bibliografía

1. Organización de Naciones Unidas (ONU). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Resolución A/69/L. 85. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015. Disponible en: <https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1es.pdf> [acceso: 18/10/2019]. [[Links](#)]
2. Sanchez-Ojeda MA, Segura-Robles A, Gallardo-Vigil MA, Alemany-Arrebola I. Enfermería Transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España. Index de Enfermería 2018;27(4): 247-250. [[Links](#)]
3. Bhala N, Banerje A, Rao M. Health is global -what does that mean for United Kindom? Journal of the Royal Society of Medicine 2011;104: 312-314. [[Links](#)]
4. Hermosilla-Ávila A, Paravic-Klijn T. Salud Global: Ébola y Enfermería. Index de Enfermería 2017;26(1-2): 48-52. [[Links](#)]
5. Carrasco LR, Coker R, Cook AR. Who should Pay for Global Health, and How Much? Plos Medicine 2013;10(2): 1-6. [[Links](#)]
6. Arena-Ventura CA, Costa-Mendes IA, Wilson L, De Godoy S, Tamí-Maury I, Zárate-Grajales R, et al. Competencias en salud global en la visión de docentes de enfermería de Instituciones de educación superior brasileña. Revista Latino-Americana da Enfermagem 2014;22(2): 179-186. [[Links](#)]
7. Sanjuán H, Baquero-Latorre H, Navarro-Lechuga E. Salud Global. Salud Uninorte 2011;27(1): 5-8. [[Links](#)]

8. Warren N, Breman R, Budhathoki C, Farley J, Wilson L. Perspectives of nursing faculty in Africa on global health nursing competencies. *Nurs Outlook* 2016;64(2): 179-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.016> [acceso: 02/10/2017]. [[Links](#)]
9. Regina-Laserva CR. Importancia de la investigación como herramienta para el liderazgo en enfermería y su visibilidad en el marco de la campaña Nursing now. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2019;2(21): 1-2. [[Links](#)]
10. Gopinathan, Unni;Cuadrado, Cristóbal;Watts, Nick;Guinto, Renzo R;Hougendobler, Daniel;Wanjau, Waruguru;et al. The political origins of health inequity: the perspective of the Youth Commission on Global Governance for Health. *The Lancet* 2014;383: 12-13. [[Links](#)]
11. Koplan JP, Bond CT, Merson MH, Reddy SK, Rodriguez HM, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *The Lancet* 2009;373: 1993-1995. [[Links](#)]
12. Campbell RM, Pleic M, Connolly H. How Canada's definition influences its strategic direction in global health. *Journal of Global Health* 2012;2(6): 1-6. [[Links](#)]
13. Aline-Preto V, Felipe-Batista JM, Arena-Ventura CA, Costa-Mendes IA. Reflecting on nursing contributions to global health. *Revista Gaucha de Enfermagem* 2015;36(SPE): 267-70. [[Links](#)]
14. Jogerst K, Callender B, Adams V, Evert J, Fields E, Pharm D, et al. Identifying Interprofessional Global Health Competencies for 21 st-Century Health Professional. *Annals of Global Health* 2015;81(2): 239-247. [[Links](#)]
15. The political origins of health inequity: the perspective of the Youth Commission on Global Governance for Health. *The Lancet* 2014;383: 12-13. [[Links](#)]
16. Wilson L, Doreen CH, Tami-Maury I, Zárate-Grajales R, Salas S, Farley J et al. Global Health Competencies for Nurses in the Americas. *Journal of Professional Nursing* 2012;28(4): 213-222. [[Links](#)]
17. Kools S, Chimwaza A, Macha S. Cultural humility and working with marginalized population in developing countries. *Global Health Promotion* 2014;22(1): 52-59. [[Links](#)]
18. Fera-Lorenzo DJ, Barquero-Gonzalez A, León-Lopez R. La Evaluación Docente en los nuevos Grados Universitarios. *Index de Enfermería* 2011;20(1-2): 106-110. [[Links](#)]
19. Dawson M, Gakumo A, Philips J, Wilson L. Process for Mapping Global Health Competencies in Undergraduate and Graduate Nursing Curricula. *Nurse Educator* 2016;41(1): 37-40. [[Links](#)]
20. Quentin E. The problem with competencies in Global Health Education. *Academic Medicine* 2015;90(4): 414- 417. [[Links](#)]

21. Brown LD. Towards Interprofessional Competencies for Global Health Education: Drawing on Educational Frameworks and the Experience of the UW-Madison Global Health Institute. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2014;42(2): 32-37. [[Links](#)]

22. Velji A. Global Health Education Consortium: 20 Years of Leadership in Global Health and Global Health Education. *Infectious Disease Clinics* 2011;25(2): 323-335. [[Links](#)]

23. Wilson L, Callender B, Hall TL, Jogerst K, Torres H, Velji A. Identifying Global Health Competencies to Prepare 21st Century Global Health Professionals: Report from the Global Health Competency Subcommittee of the Consortium of Universities for Global Health. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2014;42(s2): 26-31. [[Links](#)]

24. Ministerio de Ciencia e Innovación. Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 27/02/2008;50: 11605-11606 Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2008/02/14/\(4\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2008/02/14/(4)) [acceso: 15/09/2019]. [[Links](#)]

25. Romero-B MN. De la Competencia a la Compartencia en los cuidados transculturales. *Index de Enfermería* 2010;19(2-3): 157-161. [[Links](#)]

26. Costa-Mendes IA, Arena-Ventura CA, Fumincelli L, Duarte de Souza-Junior V, de Godoy S. Enfermagem e Saúde Global: determinantes sociais de saúde no preparo de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2018;71: 1700-1705. [[Links](#)]

Recibido: 25 de Junio de 2019; Aprobado: 30 de Agosto de 2019

CORRESPONDENCIA: Laura Alonso Martínez lamartinez@ubu.es



[PRE-EDICIÓN]

La importancia de la Salud Global en Enfermería ¿qué sabemos?

Laura ALONSO MARTÍNEZ,¹ Jesús PUENTE ALCARAZ²

Resumen Abstract

Este ensayo pretende contribuir al debate mundial que se ha generado, desde las disciplinas profesionales y en especial desde la Enfermería, ante la creciente complejidad de los cuidados de la salud que deben afrontarse en contextos globalizados. Esta reflexión parte de un proyecto universitario en el que se tradujo y estudió las competencias de Enfermería en Salud Global en su plan de estudios. Debido a la complejidad de la sociedad actual es necesario incorporar variables psicológicas, sociales y culturales en la formación enfermera desde una perspectiva transcultural y holística que permitan a estos profesionales liderar y generar cambios que hagan frente a las problemáticas mundiales. Apoyándose en la experiencia de una investigación previa sobre la formación de Enfermería en Salud Global, propone que se cuestione el modelo biomédico y el cambio en la relación de la enfermera con otros profesionales y con el paciente.

Palabras clave: Salud Global. Enfermería. Competencias. Grado.

THE IMPORTANCE OF THE GLOBAL HEALTH IN NURSING. WHAT DO YOU KNOW ABOUT IT?

This essay aims to contribute to the global debate that has been generated, both from professional disciplines and especially from Nursing, due to the increasing complexity of health care that must be faced in globalized contexts. This reflection started from a university project in which Nursing skills in Global Health were translated and studied in its study plans. Due to the current complexity of society, it is necessary to incorporate psychological, social and cultural variables in nursing education from a cross-cultural and holistic perspective. This will allow these professionals to lead and generate changes able to face global problems. Based on the experience of a previous research on Nursing training in Global Health, it is proposed to question the biomedical model and the change in the nurse's relationship with other professionals and with the patient.

Keywords: Global Health. Nursing. Competencies. Undergraduate.

¹Departamento de Ciencias de la Educación. ²Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos, Burgos, España

CORRESPONDENCIA: Laura Alonso Martínez lamartinez@ubu.es

Manuscrito recibido el 25.06.2019
Manuscrito aceptado el 30.08.2019

Index Enferm (Gran) 2020 (pre-edición):
e12502

Introducción

En el punto 26 de la Asamblea General de Naciones Unidas del 25 de septiembre de 2015 fue aprobado que *“debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie”*.¹⁻⁸ Este punto concuerda con la perspectiva transcultural de enfermería reivindicada en Sánchez Ojeda y cols.² Los retos globales a los que debemos enfrentarnos parten de la falta de integración y de la baja colaboración entre los profesionales y los sistemas de salud.^{3,4} La salud se ha convertido en un asunto “Global” y sus factores no pueden ser abordados de manera tradicional e individualista, porque precisan de la colaboración entre países para la creación de estrategias internacionales. La rigidez de las fronteras mundiales es uno de los principales factores que está limitando el acceso igualitario a los recursos sanitarios.⁵⁻⁷

La idea inicial por la que se despertó el interés en este campo fue la falta de visiones resolutorias ante los problemas que afectan a la salud de los individuos y que generan alarmas sociales de atención mundial.^{8,9} Los expertos no se encuentran adaptados a los desafíos que conlleva vivir en una sociedad globalizada y precisan mejoras en su formación investigadora y de gestión.¹⁰ Los profesionales necesitan aprender cómo afrontar las situaciones de crisis humanitaria y cómo diseñar estrategias para garantizar una cobertura sanitaria universal, teniendo en cuenta las variables globales en sus cuidados.^{11,12} Koplan y cols. se encuentran entre los primeros auto-

res en impulsar e identificar la disciplina emergente de la Salud Global, corroborando su evolución desde la Salud Internacional y Pública (ver Tabla 1).¹¹

La opinión de expertos

Koplan y cols. definieron la Salud Global como el área de estudio teórico y práctico cuya prioridad es mejorar la salud mediante su acceso universal, sosteniendo que es necesaria la interdisciplinariedad para dar respuestas preventivas de cuidados adaptados a nivel individual y poblacional.¹¹

Las evidencias científicas a favor de la incorporación de la disciplina de Salud Global están generando un aumento en su demanda educativa, obligando a realizar esfuerzos a nivel nacional e internacional para su adaptación curricular.¹³ Actualmente la propuesta interprofesional de competencias vigentes es la expuesta en el estudio de Koplan y cols. que ha sido avalada por el Consorcio de Universidades de Salud Global (Consortium of Universities of Global Health or CUGH).^{11,14}

Esto implica que los profesionales de Enfermería no debemos posponer su incorporación formativa.^{8,13,15} Desde la particularidad de esta profesión centrada en los cuidados, ha surgido una corriente académica que está definiendo y adaptando su perfil formativo a la realidad globalizada de los determinantes internacionales a los que se enfrenta.^{9,14} Además, en la literatura científica se han ratificado las competencias enfermeras en Salud Global propuestas en el estudio de Wilson y cols.¹⁶ No obs-

tante, teniendo en cuenta el estudio de Aline Preto y cols., es necesario que los planes de estudios españoles incorporen estas competencias para poder alcanzar estos requisitos corroborados internacionalmente.¹³

La siguiente información fue recopilada a partir de una investigación previa diseñada en tres fases. Una primera fase exploratoria de carácter bibliográfico en la que se ahondó sobre los orígenes del concepto de la Salud Global y sobre su aplicación a través del estudio de las competencias de Enfermería. La segunda fase se basó en su contrastación a través de entrevistas semi-estructuradas con 11 expertos en Salud. Finalmente, en la última fase se analizaron planes nacionales e internacionales de Enfermería que permitieron triangular la información que se recopiló en el estudio.

Los resultados de esta investigación previa coincidieron con la valoración de Kools y cols., que exponen la necesidad de reconocer la disciplina de “Salud Global”.¹⁷ En relación con los expertos entrevistados, cabría resaltar las explicaciones de Joan Tallada (Asesor Senior del Departamento de Formación del Institute for Global Health de Barcelona), que señaló que tanto si a la Salud Global se la denomina Medicina Tropical como Salud Internacional o Cooperación Sanitaria, lo importante es comprender que el enfoque común debe centrarse en la salud de las poblaciones y más específicamente en garantizar el acceso a las poblaciones más desfavorecidas. Desde la perspectiva de los profesionales de Enfermería entrevistados, la población cuidada es mundial y, por tanto, se debe ser

Tabla 1. Cuadro comparativo entre disciplinas clásicas y Salud Global

	Salud Pública	Salud Internacional	Salud Global
Área geográfica	Salud de su propia área acotada a un país o región	El área se centra en otros países distintos al de origen, normalmente con peores condiciones sanitarias	Se basa en la idea que la salud concierne a todos los países y no tiene una localización determinada. Se actúa según las magnitudes de los problemas no por su ubicación
Enfoque	Prevención colectiva	Prevención colectiva y cuidado individual	
Cooperación	Problemas nacionales que no suelen requerir cooperación internacional	Cooperación de la nación de origen con otra nación con un nivel de ingresos menor a la nación cooperante	La resolución de problemas se centra en la cooperación mundial
Grupos de población	Colectivo poblacional	Grupos vulnerables y desatendidos de las áreas donde coopera	Colectivo poblacional y los grupos vulnerables y desatendidos
Disciplina	Engloba multidisciplinariamente las Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud	Engloba pocas disciplinas fuera de la sanitaria y no enfatiza en la multidisciplinariedad	Realza la importancia de todas las profesiones con un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario
Relación entre ellas	Cada país cuenta con una sanidad pública determinada que influye en el desarrollo y bienestar social de país	La Salud Internacional es la aplicación de los principios de la Salud Pública a los cambios que afectan a los países con bajos y medios ingresos contribuyendo al esfuerzo global y local que pueda promocionar y mejorar su situación	La Salud Global ha evolucionado de estas dos ramas. La diferencia fundamental consiste en incluir los contextos políticos, la situación de emergencia, la situación ambiental y todo aquello que pueda afectar a la salud de la persona transnacionalmente

Fuente: Elaboración propia a partir de Koplan y cols. y Campbell y cols.^{11,12}

capaz de abordar los problemas sanitarios de los pacientes provenientes de cualquier país.

Según las similitudes identificadas en las entrevistas realizadas a Joan Tallada y Laura de la Fuente Soro (Biomédica investigadora del Institute for Global Health de Barcelona en Mozambique), se observa que es preciso formar una “nueva generación de líderes en Salud Global” para avanzar más allá de los contextos biomédicos y de la Salud Pública. Para capacitar a estos líderes en Salud Global se necesita un conjunto complejo de habilidades que van desde la economía, la política o la cultura, a la investigación científica, coincidiendo con las variables necesarias para formar a los enfermeros mencionadas en el estudio de Regina Laselva.⁹ Por ende, el futuro crecimiento en este campo debe garantizarse a

través de nuevos planes académicos de estudio.¹²

En el caso de la formación enfermera, se percibe una educación privilegiada y ventajosa frente a otras disciplinas, ya que desde los tiempos de la misma Florence Nightingale la profesión ha sabido adaptar sus cuidados a los cambios culturales e históricos, como guerras o desastres medioambientales.^{2,8,9,13} Estas cualidades formativas en su historia profesional han permitido desarrollar competencias “diplomáticas”, es decir, habilidades de negociación, colaboración y resolución de conflictos sanitarios.⁹ En consecuencia, la formación debe estar liderada por enfermeros expertos en Salud Global que preparen a las nuevas generaciones, consiguiendo así una verdadera implementación institucional, local, nacional e internacional.^{9,18,19}

Competencias educativas en Salud Global

El CUGH se formó en 2008 para definir esta disciplina y estandarizó las competencias interdisciplinarias de médicos, ingenieros, enfermeros, psicólogos, antropólogos, terapeutas, economistas, farmacéuticos, y odontólogos.¹² El Consorcio planteó 39 competencias generales ordenadas en 11 dominios a adaptar por las profesiones mencionadas.^{12,14} A continuación se cuentan enumeradas las citadas competencias: (1) Distribución mundial de la salud; (2) Globalización de la salud y del cuidado de la salud; (3) Determinantes sociales y medioambientales de salud; (4) Fortalecimiento de las capacidades en Salud Pública; (5) Colaboración, compañerismo y comunicación interdisciplinar; (6) Enfoque ético propio de la Salud Global; (7) Práctica profesional en contextos globales con limitación de recursos; (8) Gestión de programas; (9) Igualdad en salud y justicia social; (10) Conciencia sociocultural y política y (11) Análisis estratégico.¹⁴

Los actuales programas de formación sanitaria siguen anclados en un modelo biomédico, donde se presenta el reto de ampliar su mirada hacia las competencias transculturales.^{2,20} Las habilidades a desarrollarse en estos programas deben fomentar el conocimiento, el análisis y la gestión de recursos sanitarios desde una perspectiva práctica que incluya a los sistemas locales, nacionales e internacionales.²¹ Otro aspecto que debemos tener en cuenta es el crecimiento de la movilidad internacional de profesionales, que está impulsando la necesidad de ofertar este tipo de programas.^{16,19} No obstante, los programas de enfermería también deberán circunscribirse a la formación en equipos interdisciplinarios que colaboren a nivel nacional e internacional.^{9,13} El objetivo de los planes de estudios de enfermería deberá basarse en la investigación y búsqueda de soluciones a problemas universales de salud, aprendiendo a gestionar entornos de trabajo con altos niveles de incertidumbre.^{8,13} Estos puntos de partida surgieron a través de la Asociación de Enfermeras de Canadá que reconoció su necesidad de implantación educativa.^{13,16}

Por consiguiente, las competencias enfermeras vigentes a nivel mundial son las adaptadas por Wilson y cols.¹⁶ basadas en las competencias médicas generales aprobadas por el CUGH en agosto de 2010,^{22,23} (ver Tabla 2). Dentro de las 6 competencias se desarrollaron 30 subcompetencias esenciales a incorporar en la formación de

Tabla 2. Competencias y subcompetencias enfermeras en Salud Global

1. Carga mundial de morbilidad
1. Describir las causas principales de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y su distribución.
2. Describir las herramientas globales para reducir disparidades en salud: Objetivo del Milenio y otros.
3. Debatir sobre la fijación de prioridades, razonando los cuidados de salud, buscando fondos e investigando para la salud.
2. Implicaciones sanitarias por migración, viajes y desplazamientos relacionados con la salud
4. Demostrar la comprensión de los riesgos sanitarios de los viajes internacionales.
5. Reconocer los riesgos reales y potenciales para la salud de los viajeros.
6. Describir cómo influye las percepciones y la salud según la cultura.
7. Obtener capacidades de proporcionar cuidados sanitarios en distintos entornos culturales.
8. Comunicarse adecuadamente con pacientes y con familias.
9. Identificar las regiones y/o países asociados con mayor riesgo de enfermedades infecciosas.
3. Determinantes sociales y ambientales de la salud
10. Describir cómo afecta a la salud las condiciones sociales, económicas y educativas.
11. Conocer los determinantes sociosanitarios, su impacto y sus diferencias en los distintos países.
12. Describir el impacto de los factores educativos, de comunicación y de salarios.
13. Describir la incidencia en la salud por limitaciones al acceso al agua potable, la comida y la calidad del aire.
14. Describir la relación entre la degradación medioambiental y la salud humana.
4. Globalización de la salud y de los cuidados de la salud
15. Analizar el papel del comercio, organizaciones multinacionales y acuerdos internacionales.
16. Describir los diferentes sistemas de salud para la provisión de los cuidados de salud y sus efectos en la salud.
17. Analizar cómo viajar y contribuir a la expansión de la comunicación y de las enfermedades crónicas.
18. Analizar las tendencias generales y las influencias globales de las habilidades y de los movimientos de los trabajadores de salud.
19. Describir los cuidados de Salud Global en relación con las competencias de los trabajadores de la salud.
20. Conocer las políticas laborales y sus efectos en los movimientos internacionales de los trabajadores de la salud.
5. Cuidados sanitarios en lugares con bajos recursos
21. Expresar claramente las barreras y los cuidados sanitarios ajustándose a los bajos recursos locales e internacionales.
22. Demostrar la comprensión de las ideas culturales y éticas en el trabajo con poblaciones desfavorecidas.
23. Demostrar las capacidades de adaptar las habilidades clínicas y prácticas en los ajustes de los recursos y restricciones.
24. Identificar los signos y síntomas de las enfermedades que permitan la evaluación y gestión de los recursos en salud.
25. Describir el rol sintomático dirigido y los algoritmos clínicos para el tratamiento común de las enfermedades.
26. Identificar las intervenciones clínicas y las estrategias que han sido eficaces en la gestión de los recursos de salud.
27. Estar capacitados para elegir destinos con bajos recursos, y demostrar preparación suficiente para su desempeño.
6. La salud como un derecho humano y de desarrollo de recursos
28. Demostrar la relación básica comprensiva entre la salud y los derechos humanos.
29. Conocer los sistemas internacionales de salud vinculados a los derechos humanos y a la investigación clínica.
30. Describir el rol de la OMS con respecto a la salud y los derechos humanos.

Fuente: Traducción de las competencias y subcompetencias de Wilson y cols.¹⁶

enfermería.^{19,24}

La Salud Global en planes de estudios enfermeros

Tras contactar con la Doctora Lynda Wilson, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Birmingham, Alabama, se decidió profundizar y comparar su modelo con la formación española. Durante su revisión se descubrió que en el marco educativo español no hay asignaturas ni especialidades relacionadas con este nuevo enfoque.¹³ Sin embargo, los contenidos en Salud Global se encuentran difuminados entre las asignaturas reguladas para esta titulación.²⁴ De las treinta competencias señaladas en el modelo de Wilson y cols., ningún plan de estudios de enfermería español las cumple por completo.¹⁶ Las asignaturas con más subcompetencias en Salud Global cumplieron únicamente con siete de ellas²⁴ (ver Tabla 3).

Las asignaturas comunes en todos los planes de enfermería de 2018 comparten entre una y tres subcompetencias en Salud Global a excepción de la Salud Pública que presenta seis²⁴ (ver Tabla 4). El resto de las asignaturas analizadas no se encuentran en todos los planes de estudios (ver Tabla 5). Es de destacar que la Universidad de Almería ofrece hasta catorce asignaturas optativas que abordan muchas de las subcompetencias, pero que por sí solas no permiten alcanzar más de dos.²⁴

Por consiguiente, la Salud Global es una nueva disciplina que surge para solucionar los problemas sanitarios actuales relacionados con el aumento de la movilidad internacional, la propagación de enfermedades entre países, el avance tecnoló-

Tabla 3. Asignaturas de Enfermería con más subcompetencias de Wilson y cols.¹⁶

Asignaturas	Subcompetencias
Salud Comunitaria III: Salud Internacional de la Universidad Pontificia de Salamanca. Plan 2018	1, 2, 6, 9, 11, 21, 29
International Nursing de la Universidad Internacional de Cataluña. Plan 2012	1, 4, 10, 11, 15, 22, 27

Fuente: Subcompetencias de Wilson y cols. y análisis propios.^{16,24}

Tabla 4. Asignaturas comunes universitarias relacionadas con las subcompetencias de Wilson y cols.¹⁶

Asignaturas	Subcompetencias
Salud Pública	1, 2, 9, 10, 13, 16
Legislación y Bioética	8, 28, 30
Salud Comunitaria	8, 10, 12, 16
Bioestadística	2

Fuente: Subcompetencias de Wilson y cols. y análisis propios.^{16,24}

gico y la concienciación de crear colaboraciones nacionales e internacionales, obligando a reconocer como necesaria su incorporación.^{7,8,11,13,14,25} A nivel mundial sigue existiendo un debate inconcluso sobre su campo de estudio, pero la comunidad científica ha evidenciado un cuerpo de conocimientos y competencias que respaldan la existencia independiente de esta disciplina.^{11,12,7,23} Además, su demanda científica y educativa ha provocado la creación de redes mundiales como el CUGH o la Federación Mundial de Instituciones Académicas para Salud Global, que la avalan como disciplina.^{7,12,14} Estas redes contribuyen a garantizar la formación, la investigación y la colaboración entre facultades y organismos para garantizar el cumplimiento de sus competencias profesionales.^{14,19} Múltiples organismos mundiales de distintas profesiones se están sumando a este cambio planteando nuevas propuestas formativas en asignaturas y másteres.^{11,14} Como expusieron Koplan y cols., lo importante es formar profesionales de calidad que hayan alcanzado fehacientemente las

competencias en Salud Global, comprendiendo que es una ciencia en desarrollo y en crecimiento y que debe mantenerse sustentada por la investigación, la discusión y la búsqueda permanente de mejoras.^{11,12}

Con respecto a las investigaciones de los profesionales de enfermería a nivel nacional e internacional, como las de Wilson y cols. y Aline Preto y cols.,^{13,16} se recalca la importancia de continuar contribuyendo a la especialización enfermera para afrontar estos nuevos retos formativos de manera transversal, considerando que no sirve con formar en una asignatura sino en comprender al

ser humano holísticamente.^{18,19,25,26} Por otra parte, los retos que se derivan del proceso de globalización están obligando a renovar el currículum de enfermería e impartir nuevos modelos de enseñanza-aprendizaje, que lleguen a resaltar el valor de su perfil para desarrollar su propia rama de conocimientos en Salud Global y evitar así su retraso formativo.^{4,16,25,26}

Conclusiones

Los planes de estudio de los Grados de Enfermería en España muestran una evolución insuficiente para adaptarse a estas nuevas necesidades formativas. Sin embargo, debemos reconocer que se están proponiendo nuevos programas de estudios bilingües para agilizar la movilidad internacional y la formación del alumnado y profesorado.

A nivel docente, la Salud Global supondrá un incremento en el nivel académico y profesional de los graduados y de los postgraduados de enfermería para respon-

Tabla 5. Asignaturas diferentes por universidades relacionadas con las subcompetencias de Wilson y cols.¹⁶

Planes de estudio Universidad (Plan)	Asignaturas	Subcompetencias
Huelva (2009). Málaga (2010). Granada (2008). Almería (2009). Cádiz (2013). Córdoba (2009). Jaén (2011). Francisco Maldonado de Osuna (2011). Zaragoza (2009). Castilla la Mancha (2016). Pontificia de Comillas. San Juan de Dios (2009). Autónoma de Barcelona (2013). Ramon Llull (2013). Internacional de Cataluña (2012). Rovira i Virgili de Tarragona (2011). La Fe (2011). Alicante (2012). Islas Baleares (2009). Islas Canarias (2012). Camilo José Cela (2011). Francisco Vitoria (2010)	Transculturalidad	6, 7, 11
Huelva. Almería. Cádiz. Francisco Maldonado de Osuna. San Jorge (2013). Navarra (2015). Pública de Navarra (2015). Lérida (2013). Autónoma de Barcelona. Internacional de Cataluña. Rovira i Virgili de Tarragona. Cardinal de Herrera (2012). Islas Baleares. Murcia (2011). Europea de Madrid (2013). Católica de San Antonio (2010). Autónoma de Madrid (2010)	Antropología	6, 7, 10, 11, 13
Huelva. Castilla la Mancha. Vigo (2010). Rovira i Virgili Tarragona. Jaume I (2012). Islas Baleares. Alfonso X el Sabio (2010). Católica de San Antonio. Autónoma de Madrid (2010).	Diferencias y Desigualdades de la Salud	6, 7, 10, 11, 13, 22
Cádiz. Jaén. Internacional de Cataluña. Murcia. Alfonso X el Sabio. Islas Canarias. León (2012).	Cooperación Sanitaria de la Salud	7, 10, 11, 13, 18, 22
Cádiz. Oviedo (2009). Lérida. Murcia. Alicante. Camilo José Cela.	Ecología de la Salud	14
Oviedo. Lérida. Islas Baleares.	Determinantes de la Salud	10, 11

Fuente: Subcompetencias de Wilson y cols. y análisis propios.^{16,24}

der ante estos cambios mundiales. Los Grados de Enfermería españoles no consiguen cumplir en su totalidad con las competencias planteadas para su profesión. Con respecto a los másteres, comienzan a ofrecerse en España, pero se encuentran concentrados en la Comunidad de Cataluña.

La enfermería no debe quedarse atrás en esta nueva iniciativa. La titulación ofrece una formación holística del ser humano, investigaciones científicas de calidad y sus diferentes especialidades avalan a los enfermeros como profesionales fundamentales para la construcción de esta disciplina. Estos profesionales deben considerarse capaces de coordinar equipos interdisciplinarios e influir en la política actual, contribuyendo a la garantía de un sistema sanitario igualitario y eficaz. En consecuencia, la Salud Global ejercida por el enfermero debería denominarse como “Cuidado Global”, el cual los enfermeros llevan realizando desde el nacimiento de esta profesión.

Bibliografía

1. Organización de Naciones Unidas (ONU). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Resolución A/69/L. 85. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015. Disponible en: <https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1es.pdf> [acceso:18/10/2019].
2. Sanchez-Ojeda MA, Segura-Robles A, Gallardo-Vigil MA, Alemany-Arrebola I. Enfermería Transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España. Index de Enfermería 2018; 27(4):247-250.
3. Bhala N, Banerje A, Rao M. Health is global – what does that mean for United Kingdom? Journal of the Royal Society of Medicine 2011; 104:312-314.
4. Hermosilla-Ávila A, Paravic-Klijn T. Salud Global: Ébola y Enfermería. Index de Enfermería 2017; 26(1-2):48-52.
5. Carrasco LR, Coker R, Cook AR. Who should Pay for Global Health, and How Much? Plos Medicine 2013; 10(2):1-6.
6. Arena-Ventura CA, Costa-Mendes IA, Wilson L, De Godoy S, Tami-Maury I, Zárate-Grajales R, et al. Competencias en salud global en la visión de docentes de enfermería de Instituciones de educación superior brasileña. Revista Latino-Americana da Enfermagem 2014; 22(2):179-186.
7. Sanjuán H, Baquero-Latorre H, Navarro-Lechuga E. Salud Global. Salud Uninorte 2011; 27(1):5-8.
8. Warren N, Breman R, Budhathoki C, Farley J, Wilson L. Perspectives of nursing faculty in Africa on global health nursing competencies. Nurs Outlook 2016; 64(2):179-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.016> [acceso: 02/10/2017].
9. Regina-Laselva CR. Importancia de la investigación como herramienta para el liderazgo en enfermería y su visibilidad en el marco de la campaña Nursing now. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2019; 2(21):1-2.
10. Gopinathan, Unni; Cuadrado, Cristóbal; Watts, Nick; Guinto, Renzo R; Hougendobler, Daniel; Wanjuan, Waruguru; et al. The political origins of health inequity: the perspective of the Youth Commission on Global Governance for Health. The Lancet 2014; 383:12-13.
11. Koplan JP, Bond CT, Merson MH, Reddy SK, Rodriguez HM, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. The Lancet 2009; 373:1993-1995.
12. Campbell RM, Pleic M, Connolly H. How Canada's definition influences its strategic direction in global health. Journal of Global Health 2012; 2(6):1-6.
13. Aline-Preto V, Felipe-Batista JM, Arena-Ventura CA, Costa-Mendes IA. Reflecting on nursing contributions to global health. Revista Gaucha de Enfermagem 2015; 36(SPE):267-70.
14. Jogerst K, Callender B, Adams V, Evert J, Fields E, Pharm D, et al. Identifying Interprofessional Global Health Competencies for 21st Century Health Professional. Annals of Global Health 2015; 81(2):239-247.
15. The political origins of health inequity: the perspective of the Youth Commission on Global Governance for Health. The Lancet 2014; 383:12-13.
16. Wilson L, Doreen CH, Tami-Maury I, Zárate-Grajales R, Salas S, Farley J et al. Global Health Competencies for Nurses in the Americas. Journal of Professional Nursing 2012; 28(4):213-222.
17. Kools S, Chimwaza A, Macha S. Cultural humility and working with marginalized population in developing countries. Global Health Promotion 2014; 22(1):52-59.
18. Fera-Lorenzo DJ, Barquero-Gonzalez A, León-Lopez R. La Evaluación Docente en los nuevos Grados Universitarios. Index de Enfermería 2011; 20(1-2):106-110.
19. Dawson M, Gakumo A, Philips J, Wilson L. Process for Mapping Global Health Competencies in Undergraduate and Graduate Nursing Curricula. Nurse Educator 2016; 41(1):37-40.
20. Quentin E. The problem with competencies in Global Health Education. Academic Medicine 2015; 90(4):414-417.
21. Brown LD. Towards Interprofessional Competencies for Global Health Education: Drawing on Educational Frameworks and the Experience of the UW-Madison Global Health Institute. Journal of Law, Medicine and Ethics 2014; 42(2):32-37.
22. Velji A. Global Health Education Consortium: 20 Years of Leadership in Global Health and Global Health Education. Infectious Disease Clinics 2011; 25(2):323-335.
23. Wilson L, Callender B, Hall TL, Jogerst K, Torres H, Velji A. Identifying Global Health Competencies to Prepare 21st Century Global Health Professionals: Report from the Global Health Competency Subcommittee of the Consortium of Universities for Global Health. Journal of Law, Medicine and Ethics 2014; 42(s2):26-31.
24. Ministerio de Ciencia e Innovación. Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, 27/02/2008; 50:11605-11606 Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2008/02/14/\(4\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2008/02/14/(4)) [acceso: 15/09/2019].
25. Romero-B MN. De la Competencia a la Competencia en los cuidados transculturales. Index de Enfermería 2010; 19(2-3):157-161.
26. Costa-Mendes IA, Arena-Ventura CA, Fuminicelli L, Duarte de Souza-Junior V, de Godoy S. Enfermagem e Saúde Global: determinantes sociais de saúde no preparo de enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem 2018; 71:1700-1705.

The importance of the Global Health in Nursing. What do you know about it?

Laura ALONSO MARTÍNEZ,¹ Jesús PUENTE ALCARAZ²

¹Departamento de Ciencias de la Educación. ²Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos, Burgos, España

Correspondence: lamartinez@ubu.es (Laura Alonso Martínez)

Abstract

This essay aims to contribute to the global debate that has been generated, both from professional disciplines and especially from Nursing, due to the increasing complexity of health care that must be faced in globalized contexts. This reflection started from a university project in which Nursing skills in Global Health were translated and studied in its study plans. Due to the current complexity of society, it is necessary to incorporate psychological, social and cultural variables in nursing education from a cross-cultural and holistic perspective. This will allow these professionals to lead and generate changes able to face global problems. Based on the experience of a previous research on Nursing training in Global Health, it is proposed to question the biomedical model and the change in the nurse's relationship with other professionals and with the patient.

Keywords: Global Health. Nursing. Competencies. Undergraduate.

Introduction

The point 26 of the United Nations General Assembly on September 25, 2015, approved that *"we must ensure that health coverage and access to quality medical care are universal, without excluding anyone"*.^{1,8} This quotation agrees with the cross-cultural perspective of nursing advocated by Sánchez Ojeda et al.²

The global challenges that we must face stem from the lack of integration and the low collaboration between professionals and health systems.^{3,4} Health has become a "Global" issue and its factors cannot be addressed in a traditional and individualistic approach, because it requires collaboration between countries to create international strategies. The stiffness of world borders is one of the main factors limiting equal access to health resources.^{5,6,7}

The initial idea for which interest in this field was aroused was the lack of decisive mindsets in the face of problems that affect the health of individuals, generating social alarms worldwide.^{8,9} Experts are not adapted to the challenges of living in a globalized society and require improvements in their research and management training.¹⁰ Professionals need to learn how to face humanitarian crisis situations and how to design strategies to guarantee universal health coverage, considering the global variables in their care.^{11,12}

Koplan et al. are among the first authors to promote and identify the emerging discipline of Global Health, corroborat-

ing its evolution from International and Public Health (see Table 1).¹¹

Expert opinion

Koplan et al. defined Global Health as the theoretical and practical study area which priority is to improve health through its universal access, assuring that interdisciplinarity is necessary to give adapted care preventive responses at the individual and population level.¹¹

The scientific evidence in favour of incorporation of the Global Health discipline is generating an increase in its educational demand, forcing efforts to be made at a national and international level for its curricular adaptation.¹³ The current interprofessional competencies proposal is the one exposed in the study by Koplan et al. which has been endorsed by the Consortium of Universities of Global Health Universities (CUGH).^{11,14}

This implies that nursing professionals should not postpone their training.^{8,13,15} From the particularity of this care focused profession, an academic trend has emerged defining and adapting its training profile to the globalized reality of the international determinants that is facing.^{9,14} Furthermore, in the scientific literature, the nursing competencies in Global Health have been proposed by Wilson et al.¹⁶ Nevertheless, considering the study of Aline Preto et al., it is necessary to incorporate these competencies in the Spanish curricula in order to reach these internationally validated requirements.¹³

Table 1. Comparative table between classical disciplines and Global Health

	Public health	International Health	Global Health
	The health of your own area bounded to a country or region.	The area focuses on different countries than the one of origin, normally with worse sanitary conditions.	It is based on the idea that health concerns all countries and does not have a specific location. Actions are implemented accordingly to the magnitudes of the problem, not by its location.
Approach	Collective prevention	Collective prevention and individual care	
Cooperation	National problems which do not usually require international cooperation.	Cooperation of the origin nation with another nation with a lower income level than the one cooperating.	Problem-solving focuses on global cooperation.
Population groups	Population collective.	Vulnerable and discriminated groups.	Population collective, vulnerable and discriminated groups.
Discipline	It covers social and health sciences in a multidisciplinary way.	It encompasses a few disciplines outside of health-care and does not emphasize multidisciplinary.	It emphasizes the importance of all professions with an interdisciplinary and multidisciplinary approach.
Relationship between the disciplines	Each country has a specific public health system that influences their development and social welfare.	International Health is the application of Public Health principles to the changes that affect low and middle-income countries, contributing to the global and local effort that can promote and improve their situation.	Global Health has evolved from these two disciplines. The fundamental difference is to include the political contexts, the emergency and environmental situations, and everything that may transnationally affect the person's health.

Source: Own elaboration from Koplan y cols. y Campbell y cols.^{11,12}

The following information was compiled from a previous research designed in three phases. A first exploratory phase of bibliographic nature, which delved into the origins of the concept of Global Health and its application through the Nursing competencies study. The second phase was based on its contrast through semi-structured interviews with 11 health experts. Finally, in the last phase, national and international nursing study plans were analysed and the whole information collected in the study was triangulated.

The results of this previous investigation coincided with the evaluation of Kools et al. that exposed the need to recognize the discipline of "Global Health".¹⁷ In relation to the experts interviewed, it is worth highlighting the explanations of Joan Tallada (Senior Advisor of the Training Department of the Institute of Global Health of Barcelona) who pointed out that the term used is not relevant. For instance, if Global Health is called Tropical Medicine, International Health or Health Cooperation, the important thing is to understand that the common approach must focus on the population health and more specifically in providing access to the most vulnerable populations. From the perspective of the nursing professionals interviewed, the population cared for is global and, thus, one must be able to address the health problems of patients from any country.

According to the similarities identified in the interviews carried out with Joan Tallada and Laura de la Fuente Soro (Biomedical researcher at the Institute for Global Health of Barcelona in Mozambique), they observed that it is necessary to train a "new generation of leaders in Global Health" to progress further beyond in biomedical contexts and Public Health. To train these leaders in Global Health, a complex competencies set are needed, ranging from economics, politics or culture, to scientific research, coinciding with the variables necessary to train the nurses mentioned in the study of Regina Laselva.⁹ Hence, future growth in this field must be guaranteed through new academic study plans.¹²

In the case of nursing training, a privileged and advantageous education is perceived compared to other disciplines, since the days of Florence Nightingale itself the profession has known how to adapt its care to cultural and historical changes, such as wars or environmental disasters.^{2,8,9,13} These formative qualities in its history have allowed professionals to develop "diplomatic" competences such as negotiation, collaboration

and resolution of health conflicts.⁹ Consequently, training must be led by nurses expert in Global Health who prepare the new generations, thus achieving true institutional, local, national and international implementation.^{9,18, 19.}

Educational competencies in Global Health

The CUGH was formed in 2008 to define this discipline and standardize the interdisciplinary competencies of doctors, engineers, nurses, psychologists, anthropologists, therapists, economists, pharmacists, and dentists.¹² The Consortium proposed 39 general competencies ordered in 11 domains to be adapted by the aforementioned professions.^{12,14} Listed below the mentioned competencies: (1) World distribution of the disease; (2) Globalization of health and health care; (3) Social determinants and environmental health; (4) Strengthening of Public Health capacities; (5) Collaboration, fellowship, and interdisciplinary communication; (6) Ethical approach typical of Global Health; (7) Professional practices in global contexts with limited resources; (8) Program management; (9) Equality in health and social justice; (10) Sociocultural and political awareness and (11) Strategic analysis.¹⁴

The current health training programs are still anchored in a biomedical model, where the challenge of broadening their perspective towards cross-cultural competencies is presented.^{2,20} The skills to be developed in these programs should promote knowledge, analysis and management of health resources from a practical perspective that affects local, national and international systems.²¹ Another aspect that we must take into account is the growth of the international professional mobilities, which is driving the need to offer this type of program.^{16,19} However, Nursing programs must also add training in interdisciplinary teams that collaborate nationally and internationally.^{9,13} The objective of Nursing curricula should be based on research solutions to universal health problems, learning to manage work environments with high levels of uncertainty.^{8,13} These starting points emerged through the Canadian Nurses Association, which recognized their need for educational implementation.^{13,16}

Therefore, the current nursing competencies worldwide are those adapted by Wilson et al.¹⁶ based on the general medical competences approved by the CUGH in August 2010.^{22,23} Table 2 shows these competencies adapted and translated to a

Spanish version. 30 essential subcompetencies were developed from the 6 original competencies to incorporate in nursing training.^{19,24}

Table 2. Nursing competencies and subcompetencies in Global Health

1. Global burden of disease
1. Describe the major causes of morbidity and mortality around the world and how the risk of disease varies with regions.
2. Describe major public health efforts to reduce disparities in global health (such as Millennium Development Goals and Global Fund to Fight AIDS, TB, and malaria)
3. Discuss priority setting, health care rationing, and funding for health and health-related research.
2. Health implications of migration, travel, and displacement.
4. Demonstrate an understanding the health risks posed by international travel or foreign birth.
5. Recognize when travel or foreign birth places a patient a risk for unusual diseases or unusual presentation of common diseases and make an appropriate assessment or referral.
6. Describe how cultural context influences perceptions of health and disease.
7. Elicit individual health concerns in a culturally sensitive manner.
8. Communicate effectively with patients and families using a translator.
9. Identify world regions and/or travel activities associated with increased risk for life-threatening diseases including HIV/AIDS, malaria, and multidrug-resistant tuberculosis.
3. Social and environmental determinants of health.
10. Describe how social and economic conditions such as poverty, education, and lifestyles affect health and access to health care.
11. List major social determinants of health and their impact on differences in life expectancy between and within countries.
12. Describe the impact of low income, education, and communication factors on access to and quality of health care.
13. Describe the relationship between access to clean water, sanitation, food, and air quality on individual and population health.
14. Describe the relationship between environmental degradation and human health.
4. Globalization of health and health care.
15. Analyze how global trends in health care practice, commerce and culture, multinational agreements, and multinational organizations contribute to the quality and availability of health and health care locally and internationally.
16. Describe different national models or health systems for provision of health care and their respective effects on health and health care expenditure.
17. Analyze how travel and trade contribute to the spread of communicable and chronic diseases.
18. Analyze general trends and influences in the global availability and movement of health care workers.
19. Describe national and global health care worker availability and shortages.
20. Describe the most common patterns of health care worker migration and its impact on health care availability in the country that the health care worker leaves and the country to which he or she migrates.
5. Health care in low-resource settings.
21. Articulate barriers to health and health care in low-resource settings locally and internationally.
22. Demonstrate an understanding of cultural and ethical issues in working with disadvantaged populations.
23. Demonstrate the ability to adapt clinical skills and practice in a resource constrained setting.
24. Identify signs and symptoms for common major diseases that facilitate nursing assessment in the absence of advanced testing often unavailable in low resource settings (cardiovascular disease, cancer, and diabetes).
25. Describe the role of syndromic management and clinical algorithms for treatment of common illnesses.
26. Identify clinical interventions and integrated strategies that have been demonstrated to substantially improve individual and/or population health in low resource settings (e.g., immunizations, essential drugs, maternal child health programs).
27. For students who participate in electives in low-resource settings outside their home situations, a demonstration that they have participated in training to prepare for this elective.
6. I. Health as a human right and development resource.
28. Demonstrate a basic understanding of the relationship between health and human rights.
29. Demonstrate familiarity with organizations and agreements that address human rights in health care and medical research.
30. Describe role of WHO in linking health and human rights, the Universal Declaration of Human Rights, International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (2002), Declaration of Helsinki (2008).

Source: Spanish translation and adaptation of the competencies and subcompetencies of Wilson et al.¹⁶

Global Health in nursing study plans

After contacting Dr Lynda Wilson of the School of Nursing at the University of Birmingham, Alabama, it was decided to study and compare her model with the Spanish Nursing training model. During its review, it was discovered that in the Spanish Nursing educational framework there are no subjects or specialities related to this new approach.¹³ However, the

contents in Global Health are scattered among the regulated subjects for this degree.²⁴

Not a single Spanish nursing curriculum fully complies with the 30 competencies indicated in the model by Wilson et al.¹⁶ The modules with the largest amount of subcompetencies in Global Health only fulfil seven of them²⁴ (see Table 3).

The common modules in all 2018 nursing study plans shared between one and three Global Health subcompetencies except Public Health, which presents 6 subcompetencies²⁴ (see

Table 4). The rest of the analysed subjects are not in all the study plans (see Table 5). It is noteworthy that the University of Almería offers up to 14 optional modules that address many of the subcompetencies, but on their own they only allow more than 2 subcompetencies to be achieved.²⁴

Table 3. Nursing subjects with more subcompetencies of Wilson et al.¹⁶

Subjects	Subcompetencies
Community Health III: International Health of the University Pontificia de Salamanca. Study Plan 2018	1, 2, 6, 9, 11, 21 & 29.
International Nursing of the University Internacional de Cataluña. Study Plan 2012	1, 4, 10, 11, 15, 22 & 27.

Source: Subcompetencies of Wilson et al. and own analysis.^{16,24}

Table 4. University common subjects related to the subcompetencies of Wilson et al.¹⁶

Subjects	Subcompetencies
Public Health	1, 2, 9, 10, 13 & 16.
Legislation and Bioethics	8, 28 & 30.
Community Health	8, 10, 12 & 16.
Biostatistical	2.

Source: Subcompetencies of Wilson et al. and own analysis.^{16,24}

Hence, Global Health is a new discipline that arises to solve current health problems related to an increased international mobility, the spread of diseases between countries, technological advancement and the awareness of creating national and international collaborations, forcing its recognition.^{7,8,11,13,14,25} At global level, there is still an inconclusive debate on its field of study, nevertheless the scientific community has evidenced a body of knowledge and competencies that support the independent existence of this discipline.^{11,12,7,23} In addition, its scientific and educational demand has led to the creation of global networks such as the CUGH or the World Federation of Academic Institutions for Global Health, which endorse it as a discipline.^{7,12,14} These networks enforce training, research and collaboration between faculties and organizations for the fulfilment of their professional competencies.^{14,19} Multiple world organizations of different professional fields are joining this change by proposing new training proposals in courses and masters.^{11,14}

According to Koplan et al., what remains relevant is to train quality professionals who have reliably reached the competencies in Global Health, understanding that it is a develop-

ing and growing science and that it must be underpinned by research, discussion and the permanent search for improvements.^{11,12}

In relation to the research carried out by nursing professionals at a national and international level such as those of Wilson et al. and Aline Preto et al.,^{13,16} the importance of continuing the contribution to nursing specialization to face these new training challenges in a transversal way is emphasized, considering that it is not useful to train in a module, but to understand the human being holistically.^{18,19,25,26} On the other hand, the challenges derived from the globalization process are forcing to renew the Nursing curriculum and impart new teaching-learning models, highlighting the value of their profile to develop their own field of knowledge in Global Health and thus avoiding an underdevelopment in their training.^{4,16,25,26}

Conclusions

The study plans for Nursing Degrees in Spain show insufficient evolution, and for these reasons, new trainings are necessary. However, we must admit that they are proposing new bilingual study programs in English to speed up international mobility and the training of students and teachers.

At the educational level, Global Health will mean an increase in the academic and professional level of Nursing graduates and postgraduates to respond to these global changes. The Spanish Nursing Degrees have failed to fully comply with the competencies proposed for their profession. Regarding the master's degrees, they will begin to be offered in Spain, but they will be concentrated in the Community of Catalonia.

Nursing should not be left behind in this new initiative. The degree offers a holistic training of the human being, quality scientific research and its different specialities endorse nurses as fundamental professionals for the construction of this discipline. Nursing professionals must have the possibility of coordinating interdisciplinary teams and influencing current policies, contributing to the guarantee of an egalitarian and effective healthcare system. Consequently, Global Health exercised by nurses should be called "Global Care", which nurses have been carrying out from the birth of this profession.

Table 5. Different subjects by universities related to the subcompetencies of Wilson et al.¹⁶

University study plans (Year of the study plan)	Subjects	Subcompetencies
Huelva (2009). Málaga (2010). Granada (2008). Almería (2009). Cádiz (2013). Córdoba (2009). Jaén (2011). Francisco Maldonado de Osuna (2011). Zaragoza (2009). Castilla la Mancha (2016). Pontificia de Comillas. San Juan de Dios (2009). Autónoma de Barcelona (2013). Ramon Llull (2013). Internacional de Cataluña (2012). Rovira i Virgili de Tarragona (2011). La Fe (2011). Alicante (2012). Islas Baleares (2009). Islas Canarias (2012). Camilo José Cela (2011). Francisco Vitoria (2010).	Transcultural	6, 7 & 11
Huelva. Almería. Cádiz. Francisco Maldonado de Osuna. San Jorge (2013). Navarra (2015). Pública de Navarra (2015). Lérida (2013). Autónoma de Barcelona. Internacional de Cataluña. Rovira i Virgili de Tarragona. Cardinal de Herrera (2012). Islas Baleares. Murcia (2011). Europea de Madrid (2013). Católica de San Antonio (2010). Autónoma de Madrid (2010).	Anthropology	6, 7, 10, 11 & 13.
Huelva. Castilla la Mancha. Vigo (2010). Rovira i Virgili Tarragona. Jaume I (2012). Islas Baleares. Alfonso X el Sabio (2010). Católica de San Antonio. Autónoma de Madrid (2010).	Differences and Health Inequalities	6, 7, 10, 11, 13 & 22.
Cádiz. Jaén. Internacional de Cataluña. Murcia. Alfonso X el Sabio. Islas Canarias. León (2012).	Health Cooperation	7, 10, 11, 13, 18 & 22.
Cádiz. Oviedo (2009). Lérida. Murcia. Alicante. Camilo José Cela.	Ecology of Health	14.
Oviedo. Lérida. Islas Baleares.	Determinants of Health	10 & 11.

Source: Subcompetencies of Wilson et al. and own analysis.^{16,24}

References

1. Organización de Naciones Unidas (ONU). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Resolución A/69/L. 85. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015. Disponible en: <https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1es.pdf> [acceso:18/10/2019].
2. Sanchez-Ojeda MA, Segura-Robles A, Gallardo-Vigil MA, Alemany-Arrebola I. Enfermería Transcultural. Formación de los futuros profesionales de Enfermería en España. Index de Enfermería 2018; 27(4):247-250.
3. Bhala N, Banerje A, Rao M. Health is global – what does that mean for United Kindom? Journal of the Royal Society of Medicine 2011; 104:312-314.
4. Hermosilla-Ávila A, Paravic-Klijn T. Salud Global: Ébola y Enfermería. Index de Enfermería 2017; 26(1-2):48-52.
5. Carrasco LR, Coker R, Cook AR. Who should Pay for Global Health, and How Much? Plos Medicine 2013; 10(2):1-6.
6. Arena-Ventura CA, Costa-Mendes IA, Wilson L, De Godoy S, Tamí-Maury I, Zárate-Grajales R, et al. Competencias en salud global en la visión de docentes de enfermería de Instituciones de educación superior brasileña. Revista Latino-Americana da Enfermagem 2014; 22(2):179-186.
7. Sanjuán H, Baquero-Latorre H, Navarro-Lechuga E. Salud Global. Salud Uninorte 2011; 27(1):5–8.
8. Warren N, Breman R, Budhathoki C, Farley J, Wilson L. Perspectives of nursing faculty in Africa on global health nursing competencies. Nurs Out-look 2016; 64(2):179–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.016> [acceso: 02/10/2017].
9. Regina-Laselva CR. Importancia de la investigación como herramienta para el liderazgo en enfermería y su visibilidad en el marco de la campaña Nursing now. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2019; 2(21):1-2.
10. Gopinathan, Unni; Cuadrado, Cristóbal; Watts, Nick; Guinto, Renzo R; Hougendobler, Daniel; Wanjau, Waruguru; et al. The political origins of health inequity: the perspective of the Youth Commission on Global Governance for Health. The Lancet 2014; 383:12-13.
11. Koplan JP, Bond CT, Merson MH, Reddy SK, Rodriguez HM, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. The Lancet 2009; 373:1993-1995.
12. Campbell RM, Pleic M, Connolly H. How Canada's definition influences its strategic direction in global health. Journal of Global Health 2012; 2(6):1-6.
13. Aline-Preto V, Felipe-Batista JM, Arena-Ventura CA, Costa-Mendes IA. Reflecting on nursing contributions to global health. Revista Gaucha de Enfermagem 2015; 36(SPE):267-70.
14. Jogerst K, Callender B, Adams V, Evert J, Fields E, Pharm D, et al. Identifying Interprofessional Global Health Competencies for 21 st-Century Health Professional. Annals of Global Health 2015; 81(2):239-247.
15. The political origins of health inequity: the perspective of the Youth Commission on Global Governance for Health. The Lancet 2014; 383:12-13.
16. Wilson L, Doreen CH, Tami-Maury I, Zárate-Grajales R, Salas S, Farley J et al. Global Health Competencies for Nurses in the Americas. Journal of Professional Nursing 2012; 28(4):213-222.
17. Kools S, Chimwaza A, Macha S. Cultural humility and working with marginalized population in developing countries. Global Health Promotion 2014; 22(1):52-59.
18. Feria-Lorenzo DJ, Barquero-Gonzalez A, León-Lopez R. La Evaluación Docente en los nuevos Grados Universitarios. Index de Enfermería 2011; 20(1-2):106-110.
19. Dawson M, Gakumo A, Philips J, Wilson L. Process for Mapping Global Health Competencies in Undergraduate and Graduate Nursing Curricula. Nurse Educator 2016; 41(1):37-40.
20. Quentin E. The problem with competencies in Global Health Education. Academic Medicine 2015; 90(4):414- 417.
21. Brown LD. Towards Interprofessional Competencies for Global Health Education: Drawing on Educational Frameworks and the Experience of the UW-Madison Global Health Institute. Journal of Law, Medicine and Ethics 2014; 42(2):32-37.
22. Velji A. Global Health Education Consortium: 20 Years of Leadership in Global Health and Global Health Education. Infectious Disease Clinics 2011; 25(2):323-335.
23. Wilson L, Callender B, Hall TL, Jogerst K, Torres H, Velji A. Identifying Global Health Competencies to Prepare 21st Century Global Health Professionals: Report from the Global Health Competency Subcommittee of the Consortium of Universities for Global Health. Journal of Law, Medicine and Ethics 2014; 42(s2):26–31.
24. Ministerio de Ciencia e Innovación. Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, 27/02/2008; 50:11605-11606 Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2008/02/14/\(4\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2008/02/14/(4)) [acceso: 15/09/2019].
25. Romero-B MN. De la Competencia a la Compartencia en los cuidados transculturales. Index de Enfermería 2010; 19(2-3):157-161.
26. Costa-Mendes IA, Arena-Ventura CA, Fumincelli L, Duarte de Souza-Junior V, de Godoy S. Enfermagem e Saúde Global: determinantes sociais de saúde no preparo de enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem 2018; 71:1700-1705.

ANEXO II.

ESTUDIO II. Creencias sobre la Educación Afectivo Sexual en los estudiantes de Ciclos Formativos sanitarios y sociosanitarios

Creencias sobre la Educación Afectivo Sexual en los estudiantes de Ciclos Formativos sanitarios y sociosanitarios

Laura Alonso-Martínez, Davinia Heras-Sevilla, María Fernández-Hawrylak
Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de Burgos (Burgos, España)

Correspondencia: lamartinez@ubu.es (Laura Alonso Martínez)

Resumen

Objetivo principal: Evaluar las competencias en Educación Afectivo-Sexual de los estudiantes de Formación Profesional. Metodología: Estudio observacional descriptivo que comparó las actitudes hacia la sexualidad entre 68 alumnos de ciclos sanitarios con 38 de ciclos sociosanitarios. Los instrumentos de evaluación fueron la Double Standard Scale, el Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación y la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad. Resultados principales: La prueba de Mann-Whitney demostró significativamente que las mujeres tenían actitudes más positivas hacia la sexualidad ($U=424.50$, $z=-2.00$, $p=.045$) y una menor adherencia a los roles de género ($U=350.00$, $z=-3.02$, $p=.003$) que los varones. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas por ciclo formativo. Conclusión principal: La educación impartida en los ciclos formativos a diferencia del sexo parece no tener impacto en las actitudes hacia la sexualidad del alumnado, mostrando la necesidad de mejorar su formación para abordarla.

Palabras clave: Sexualidad. Actitud. Roles de género. Educación.

Evaluation of Sexuality Education in vocational training related to health, education and social care.

Abstract

Objective: To evaluate the competences in Affective-Sexual Education of Vocational Training students. Methods: Descriptive observational study that compared attitudes towards sexuality among 68 students from health cycles with 38 from socio-health cycles. The evaluation instruments were the Double Standard Scale, the Inventory of Negative Attitudes towards Masturbation and the Scale of Attitudes towards Sexuality. Results: A Mann-Whitney tests proved significantly that women had more positive attitudes towards sexuality ($U=424.50$, $z=-2.00$, $p=.045$) and less adherence to gender roles ($U=350.00$, $z=-3.02$, $p=.003$) than boys. Nevertheless, non-significant differences were found by training cycle. Conclusions: The realization of the training cycles as opposed to sex seem to have no impact on attitudes towards sexuality of the students, showing the need to improve their training to deal with it.

Key-words: Sexuality. Attitude. Gender role. Education.

Introducción

La formación sobre sexualidad humana, diversidades sexuales y género de los futuros profesionales de la sanidad, la educación y la atención social resulta primordial para el ejercicio de su función.¹ Entre las tareas asociadas a sus perfiles laborales destacan la promoción de una sexualidad saludable a lo largo de toda la vida, la atención a víctimas de abusos o violencias, la inclusión y atención a la diversidad sexual, la prevención y detección de problemáticas de alto impacto social como la violencia de género, el abuso sexual a menores o las prácticas sexuales de riesgo.² Por ello, una educación sexual integral se torna imprescindible en su formación inicial.

En el contexto internacional la inversión y la promoción en la Educación Sexual y la igualdad de género son cada vez más importante, con políticas destinadas a la formación de educadores en esta materia.³ La UNESCO incide en la im-

portancia de brindar una formación científica y de calidad sobre sexualidad humana y promoción de la salud sexual a educadores, sanitarios y especialistas vinculados a la formación de las personas.⁴ En este sentido la World Association For Sexual Health (WAS) ratificó en 2014 la Declaración Universal de los Derechos Sexuales (1997) entre los que destaca el Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico: la información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales. Sin embargo, en nuestro contexto existe cierta carencia en la formación inicial de los profesionales señalados, lo que dificulta el cumplimiento de estos derechos.⁵

La tipología de las actitudes hacia la sexualidad es otro aspecto fundamental para el desempeño de las tareas profesionales anteriormente señaladas.⁶ Las actitudes positivas o erotofílicas no sólo se relacionarán con una mayor aceptación de las diferentes biografías sexuales, sino que facili-

tarán la promoción futura de las mismas. La investigación sobre las actitudes revela la gran importancia que tienen la vivencia saludable y responsable de la sexualidad.⁷

El sexismo, en tanto y cuanto es una disposición hacia el trato diferencial a varones y mujeres, constituye otro tipo de actitudes de carácter negativo que debe abordarse en profundidad en la formación inicial de los profesionales señalados.⁸ Su eliminación y la promoción de la igualdad suponen retos claves en la sociedad del s.XXI. Hospitales, escuelas y centros sociales deben trabajar desde un paradigma de igualdad, donde se respeten los derechos de las mujeres.⁹

Este proyecto pretende investigar la calidad de la educación sexual en la formación inicial de los futuros profesionales de los ámbitos sanitarios, educativos y sociales; evaluando, entre otros criterios, el enfoque y la metodología.⁶ Asimismo, y dada la importancia de las actitudes, se analizan los niveles de erotofilia-erotofobia, la tolerancia a la diversidad sexual y a las diferentes prácticas sexuales, así como el nivel de sexismo ambivalente y la adhesión al doble estándar sexual.⁷

Por consiguiente, la hipótesis planteada para este estudio ha sido que en el alumnado de titulaciones de Formación Profesional de Grado Medio y Superior relacionadas con la atención sanitaria y sociosanitaria se detectarían carencias en su competencia en Educación Afectivo-Sexual, encontrándose diferencias por sexo y formación cursada. El objetivo general de esta investigación fue evaluar y comparar las actitudes hacia la sexualidad del alumnado en su vida diaria y para el desempeño de su profesión.

Material y métodos

Diseño

Se planteó un estudio observacional descriptivo para analizar las actitudes del alumnado de titulaciones de Formación Profesional de Grado Medio y Superior relacionados con la atención sanitaria y sociosanitaria en Burgos.

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de carácter incidental, que utilizó como criterio de selección la disponibilidad de los alumnos matriculados en ciclos sanitarios y sociosanitarios de un centro educativo de Burgos en 2017. La muestra se compone de 106 alumnos, 15 hombres (14.2%) y 91 mujeres (85.8%), entre 17 y 57 años ($M=22.91$, $DT=7.88$), matriculados en ciclos formativos durante el curso escolar 2016-2017. La distribución de la muestra, en función del sexo, no es homogénea, siendo mayor la presencia de mujeres en la muestra.

En relación con los ciclos formativos las características de la muestra son expuestas en la Tabla 1. El 64.2% de los alumnos de esta muestra pertenece a ciclos sanitarios y el 35.8% a ciclos sociosanitarios, siendo el 62.3% del alumnado perteneciente a grado superior y el restante 37.7% a grado medio.

Tabla 1. Características de la muestra

	N (106)
Género	
Hombre	15 (14,2%)
Mujer	91 (85,8%)
Ciclo formativo cursado:	
Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (Ciclo Medio Sanitario)	13 (12,3%)
Farmacia y Parafarmacia (Ciclo Medio Sanitario)	17 (16%)
Atención a personas en Situación de Dependencia (Ciclo Medio Sociosanitario)	10 (9,4%)
Laboratorio Clínico y Biomédico (Ciclo Superior Sanitario)	18 (17%)
Higiene Bucodental (Ciclo Superior Sanitario)	20 (18,9%)
Ciclo de Integración Social (Ciclo Superior Sociosanitario)	17 (16%)
Animación Sociocultural y Turística (Ciclo Superior Sociosanitario)	11 (10,4%)

Instrumento

El instrumento utilizado en esta investigación para evaluar las actitudes hacia la sexualidad del alumnado se compone de un cuestionario con preguntas de elaboración propia y escalas de valoración estandarizadas, las cuales son: la Double Standard Scale (DSS) de Caron, Davis, Halteman y Stickle¹⁰, el Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación (NA-MI) de Abramson y Mosher¹¹, y la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) de Fisher y Hall.¹²

Procedimiento

La recogida de los datos se llevó a cabo a través de cuestionarios administrados el mismo día por el investigador en el aula donde se impartían los ciclos formativos. Se obtuvo previamente al muestreo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Burgos y del Centro Educativo.

Análisis de datos

Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico IBM SPSS 24. Las variables analizadas fueron el sexo, la edad y la formación del alumnado.

Resultados

Perfil formativo del alumnado de ciclos formativos

El 40.6 % del alumnado tiene formación en otros ciclos formativos o educación universitaria relacionada con la promoción de la salud. A pesar de la formación recibida, la mayoría de los alumnos reconocen que ha sido informal y no científica, admitiendo como formadores principales a los amigos y a los medios audiovisuales no científicos con porcentajes superiores al 80%.

Los alumnos de ciclos formativos superiores sociosanitarios presentaron porcentajes más altos de participación en

actividades formadoras relacionadas con la Educación Afectivo-Sexual que los alumnos de ciclos sanitarios. Sin embargo, el cuestionario reflejó que los alumnos de ciclos sanitarios se consideraban con mayores capacidades para educar a la población en sexualidad.

Educación Sexual, opiniones y conocimientos

En este estudio los hombres presentaron porcentajes más altos en la implicación en actividades relacionadas con la Educación Afectivo-Sexual que de mujeres.

Además, los alumnos expusieron que la mayoría de los contenidos impartidos en sexualidad estaban únicamente relacionados con la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y con los métodos anticonceptivos centrados en

el preservativo. En contraposición, al analizar las conductas de riesgo, se detectaron que los alumnos tenían porcentajes inferiores al 27% en la adhesión a conductas evitativas de transmisión de infecciones sexuales.

Actitudes hacia la sexualidad

Los resultados obtenidos a partir de la DSS indicaron significativamente que los hombres se adherían más a los roles sexuales que las mujeres. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas por curso o nivel, ver Tabla 2. El alumnado obtuvo una puntuación media de 19.31 ($DT=6.01$) que indicó una adhesión baja a los roles de género.

Tabla 2. Actitudes hacia los roles sexuales por género, ciclo formativo y curso de la DSS

Variables	n	Media (DT)	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	z	p
Género								
Hombre	15	23.02 (4.6)	76.67	1135.00				
Mujer	91	18.69 (6)	49.85	4536.00	350.000	4536.000	-3.02	.003*
Ciclo formativo								
Ciclo sanitario	68	19.56 (5.83)	55.09	3746.00	1184.000	1925.000	-.713	.476
Ciclo sociosanitario	38	18.84 (6.36)	50.06	1925.00				
Curso:								
Grado superior	66	18.8 (6.6)	51.85	3422.00	1211.000	3422.000	-.712	.477
Grado medio	40	20.13 (5.59)	56.23	2249.00				

* $p < .05$

En relación con las actitudes hacia la masturbación, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas por género, ciclo y nivel formativo, ver Tabla 4. La

puntuación media obtenida en la NA-MI fue de 58.41 ($DT=11.97$) para toda la muestra, indicando unas actitudes positivas hacia la masturbación.

Tabla 3. Actitudes hacia la masturbación por género ciclo formativo y curso de la NA-MI

Variables	n	Media (DT)	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	z	p
Género								
Hombre	15	59.10 (14.3)	54.37	815.50				
Mujer	91	58.29 (11.6)	53.36	4855.50	669.500	4855.500	-.118	.906
Ciclo formativo								
Ciclo sanitario	68	57.9 (11)	53.43	3633.50	1287.500	3633.500	-.030	.976
Ciclo sociosanitario	38	59.31 (13.5)	53.62	2037.50				
Curso:				2316.50				
Grado superior	66	57.34 (10.77)	50.83		1143.500	3354.500	-1.15	.250
Grado medio	40	60.17 (13.68)	57.91	3354.50				

* $p < .05$

Las actitudes y creencias de los alumnos de esta investigación hacia el liberalismo sexual se obtuvieron analizando la ATSS. El alumnado presentó una puntuación media de 107.71 ($DT=11.78$) que indica valores positivos hacia el liberalismo y hacia las actitudes sexuales. Se encontraron diferencias significativas por sexo más favorables en las mujeres que en los varones. Además, no se encontraron diferencias significativas ni por ciclo ni por nivel formativo, ver Tabla 4.

El análisis y la correlación de las variables de esta muestra se presentan en la Tabla 5. Existen correlaciones positivas y negativas entre las puntuaciones obtenidas entre las escalas. Para finalizar, no se encontraron diferencias significativas entre la edad y las puntuaciones en las escalas, lo que indica que en este estudio no se correlacionó la edad con las actitudes hacia sexualidad.

Tabla 4. Actitudes hacia el liberalismo sexual por género, ciclo formativo y curso de la ATSS

Variables	n	Media (DT)	Media de rangos	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	z	p
Género								
Hombre	14	113.6 (7.66)	68.18	954.50				
Mujer	91	106.7 (12)	50.66	4610.50	424.500	4610.500	-2.00	.045*
Ciclo formativo								
Ciclo sanitario	67	106.9 (11.7)	50.09	3356.00	1078.000	3356.00	-1.30	.193
Ciclo sociosanitario	38	108.9 (11.8)	58.13	2209.00				
Curso:				2080.00				
Grado superior	65	107.5 (11.94)	53.62		1260.00	2080.00	-.264	.792
Grado medio	40	107.95 (11.65)	53.62	3485.00				

*p < .05

Tabla 5. Correlación entre roles sexuales, actitudes y edad

Variables	DSS	ATSS	NA-MI	Edad
DSS Correlación de Pearson	1	-.386**	.388**	0.087
p		0.001	0.001	0.377
N	106	105	106	104
ATSS Correlación de Pearson	-.386**	1	-.535**	0.074
p	0.001		0.001	0.459
N	105	105	105	103
NA-MI Correlación de Pearson	.388**	-.535**	1	-0.125
p	0.001	0.001		0.207
N	106	105	106	104
Correlación de Pearson	0.087	0.074	-0.125	1
Edad p	0.377	0.459	0.207	
N	104	103	104	104

* valores de p value < .05 y ** valores de p value < .001

Discusión

Esta investigación refleja las actitudes del alumnado de los ciclos formativos hacia la sexualidad, en la que hemos encontrado claramente diferencias significativas por sexo.

La formación recibida por el alumnado en Educación Afectivo-Sexual es informal y muestra el tabú existente en las sociedades occidentales hacia la sexualidad humana, que hemos expuesto anteriormente, en la que únicamente nos centramos en la educación sexual desde una heteronormatividad.^{2,3}

La enseñanza formal en España, en su mayoría, es impartida por las ONGs como Cruz Roja sin que educativamente se controle su currículum. Para cambiar esta situación es necesario que se autorregulen y se legislen los contenidos y las competencias impartidas en la Educación Afectivo-Sexual, formando al profesorado en esta labor y evitando de esta manera el currículum oculto existente.¹

Las diferencias generacionales y muestrales de este estudio en comparación con las investigaciones realizadas con alumnos adolescentes como las de Gómez-Zapiain y cols.¹³, radican en que la formación en sexualidad que los alumnos reciben en los ciclos formativos no solamente permitirá que se conviertan en ciudadanos útiles y críticos, sino que deben formar profesionales que se centren en la promoción de la salud y estén preparados para abordar la sexualidad con una visión psicoafectiva y psicosexual integral.¹⁻³

Los alumnos implicados en actividades educativas relacionadas con la Educación Afectivo-Sexual tienen un mayor porcentaje representativo de hombres. Este punto de vista coincide con los roles de género existentes, en los que la sexualidad masculina está asociada a una mayor permisivi-

dad sexual, conductual y comunicativa que la sexualidad femenina.⁸

Los ciclos formativos más implicados en actividades de Educación Afectivo-Sexual fueron los alumnos de los ciclos superiores sociosanitarios, sin embargo, los alumnos de ciclos sanitarios se consideraron con mayores capacidades para educar a la población en sexualidad. La visión biomédica de la sexualidad, debido a las epidemias de las Infecciones de Transmisión Sexual, ha hecho que se imponga la visión preventiva sanitaria sobre el resto de los aspectos de la sexualidad existentes como son los componentes afectivos, sociales y psicológicos.¹⁴ Esto implica que centrar la Educación Afectivo-Sexual en una concepción biológica no genera un cambio significativo en las actitudes saludables hacia la sexualidad ni evita las conductas sexuales de riesgo.¹⁵

Los resultados obtenidos en la DSS de Caron, et cols.¹⁰ coincidieron con los resultados obtenidos en la investigación de Heras-Sevilla y cols., explicando que el género era el factor predisponente para la adherencia a los roles sexuales que confería que los hombres, por las reglas socioculturales, se adscribiesen a las creencias que el deseo y la experiencia sexual son más propios en ellos que en las mujeres y las mujeres, en comparación a otros estudios, revelaron unos resultados que se alejaban de la visión tradicional de la sexualidad femenina.¹⁶

En relación con las actitudes hacia la masturbación, en esta investigación los alumnos presentaron puntuaciones similares en los distintos ciclos formativos y por género, lo que indica que no existían diferencias significativas en estos grupos de la muestra. La puntuación media obtenida en el NA-MI de Abramson y Mosher¹¹ indica actitudes más positivas hacia la masturbación en comparación con los estudios

de Heras-Sevilla y cols.¹⁶ y Sierra y cols.¹⁷. Sin embargo, Sierra y cols.¹⁷ exponen que existen diferencias por sexo en las actitudes hacia la masturbación más positivas en los varones, considerando que las mujeres sienten una mayor culpabilidad sexual en su práctica erotofílica que los hombres, y que tienen una menor experiencia en su satisfacción sexual.

Las actitudes y creencias de los alumnos de esta investigación hacia el liberalismo sexual se obtuvieron analizando la ATSS de Fisher y Hall.¹² El alumnado presentó una puntuación media de 107.71 que indica valores positivos hacia el liberalismo y hacia las actitudes sexuales. Además, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas ni por ciclo ni por nivel formativo. En este estudio se obtuvo puntuaciones más altas y, por tanto, más positivas hacia la sexualidad que en el estudio de Heras Sevilla y cols.¹⁶ y que en el estudio de Diéguez y cols.¹⁸ En la investigación de Diéguez y cols.¹⁸ realizada a estudiantes de ESO, Bachillerato y Formación Profesional con una edad media de 16.62 años y un porcentaje superior de mujeres con el 54.9% de la muestra, se obtuvo una puntuación de 78.32, muy por debajo de la obtenida en nuestro estudio. Sin embargo, en nuestra investigación se obtuvieron puntuaciones más bajas que en el estudio de Diéguez, y cols.¹⁹ en alumnos con edades comprendidas entre 16 y 17 años, en el que se consiguió una puntuación media de 113.14. Además, se obtuvo puntuaciones más bajas que en el estudio de Diéguez, y cols.²⁰ que se consiguió una puntuación media de 111.70 en una población con edades de 17 a 52 años muy similares a las de nuestro estudio. No obstante, en estos dos estudios no se encontraron diferencias significativas por género.^{19,20}

Los resultados obtenidos en las escalas estandarizadas de esta investigación tienen una muestra de alumnos de mayor edad que la mayoría de los estudios analizados, lo que ha podido influir en la eliminación de estereotipos asociados a la adolescencia.²¹ En nuestra muestra el rango de edades varía de los 17 a los 57 años y en los otros estudios analizados el rango de edad fue inferior a los 20 años. Podemos considerar que el desarrollo cognitivo, psicosocial y biológico de las diferentes etapas influye en la disminución de las concepciones estereotipadas de la sexualidad.²²

Los resultados obtenidos en esta investigación sostienen que las actitudes hacia la sexualidad no están ligadas a la formación ni al nivel formativo, pero sí que están muy condicionadas por la socialización de género. Los hallazgos obtenidos a partir de las escalas estandarizadas correlacionaron en género y no por edades, exponiendo que la heteronormatividad social influirá más que el factor generacional.²³ El régimen heteronormativo impuesto en nuestra sociedad contribuye al mantenimiento de las actitudes negativas hacia la sexualidad.²⁴ El profesorado y los sanitarios,

entre ellos los enfermeros como profesionales formativos de salud, deben contribuir a generar un cambio significativo en las actitudes hacia la sexualidad y más específicamente en su formación impartida como profesorado de los ciclos formativos porque estos alumnos se convertirán en educadores formales e informales en salud por sus diversas carreras profesionales.²⁵

Las limitaciones de este estudio radican en el reducido tamaño muestral, y en la falta de homogeneidad de la muestra entre hombres y mujeres. Estas diferencias muestrales de género están relacionadas con los estereotipos sexuales que hacen que las profesiones de los cuidados y de la asistencia social estén ligadas a los roles femeninos. Este estudio se ha centrado en evaluar la orientación heterosexual y en futuros estudios debería ampliarse a las minorías sexuales representadas por el colectivo LGTBIQ+. Además, debería ampliarse la muestra en diferentes centros con distintos contextos formativos y llevarse a cabo programas o estrategias didácticas que contribuyan a su mejora educativa.

Conclusiones

Los alumnos/as de los ciclos formativos tienen un perfil educativo muy diverso, tanto por el nivel de formación como por la edad. El alumnado de ciclos formativos no tiene conocimientos y competencias suficientes en relación con la Educación Afectivo-Sexual porque su formación sólo se ha centrado en un modelo biomédico. Los resultados obtenidos en las escalas no han presentado diferencias en ninguna variable, a excepción de las diferencias significativas encontradas por sexo. Como podemos comprobar, la información recibida por el alumnado es insuficiente e informal, y aunque se haya centrado en las Infecciones de Transmisión Sexual, al analizar los comportamientos de riesgo podemos comprobar que el alumnado no ha adquirido conductas saludables, precisando de remodelaciones educativas para mejorar sus actitudes hacia la sexualidad y los roles de género.

Los programas de Educación Afectivo-Sexual deben impartirse en edades educativas tempranas para favorecer la coeducación y la adquisición de conductas sexuales saludables. Para finalizar, en esta investigación se alcanzaron los objetivos planteados y no hubo conflictos éticos derivados del estudio.

Debemos tener en cuenta que la Educación Afectivo-Sexual no incentiva las relaciones coitales, sino que aumenta la igualdad de género, las conductas erotofílicas y previene las enfermedades sexuales y mentales. En definitiva, es necesario regular el currículum de los ciclos formativos para formar profesionales cualificados en competencias en Educación Afectivo-Sexual para garantizar el derecho a una salud de calidad.

Bibliografía

1. Honrubia-Pérez M. La formación en sexualidad de las y los profesionales de Ciencias de la Salud. *Rev ROL Enferm.* 2020; 43(1):6-7
2. Lezcano-Cárdenas D. La salud sexual y reproductiva: un reto para la academia. *Revista Colombiana de Enfermería.* 2019;18(1):1-4
3. Díaz Monsalve LE. Educación para la salud sexual: una mirada a los componentes integradores de la didáctica. *Av en Enfermería.* 2019;37(2):208–216.
4. UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Informe Mundial sobre las Ciencias Sociales 2010. Las brechas del conocimiento. Ediciones UNESCO. Paris (Francia). 2010. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000188395_spa [acceso: 12/09/2019].
5. WAS – World Association for Sexual Health. Derechos sexuales. Actas del 13º Congreso Mundial de Sexología, 1997. World Association For Sexual Health. Valencia (España). 2004. Disponible en: <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf> [acceso: 18/01/2020].
6. Rodríguez Gázquez M de los Á. Actitudes hacia la sexualidad de estudiantes de enfermería menores de 20 años de una universidad colombiana. *Av en Enfermería.* 2015;33(1):38–46.
7. Grajales Atehortúa IC., Cardona Arango D. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva.: Medellín (Colombia). *Investig y Educ en enfermería.* 2012;30(1):77–85.
8. Borrell C, Artazcoz L, En D. Las desigualdades de género en salud: Retos para el futuro. *Rev Esp Salud Publica.* 2008;82(3):245–9.
9. Santos-Baptista R, Benário-Batista de Melo Chaves OB, Sátiro-Xavier de França I, Stélio de Sousa F, Guedes de Oliveira M, Carolina da Silva Leite C. Sexual violence against women: nurses' practice. *Rev da Rede Enferm do Nord.* 2015;16(2):210-217.
10. Caron SL, Davis CM, Halteman WA., Stickle, M. Double Standar Scale (1993). In CM. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, SL. Davis, *Handbook of Sexuality-related Measures.* Thousand Oaks, California: Sage Publications. 1998;182-183.
11. Abramson PR., Mosher DL. Development of a measure of Negative Attitudes Toward Masturbation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1975;43:485-490.
12. Fisher TD, Hall RG. A Scale for the comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their parents. *The Journal of Sex Research,* 1988;24:90-100.
13. Gómez-Zapiain J, Ortiz MJ, Eceiza A. Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: El rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *An Psicol.* 2016;28;32(3):899–906.
14. Navarro-Morejón L, Calles-Marbán R, Couros de la Cruz J. Psiquiatría transcultural: Relevancia de la cultura en la salud mental. *Norte de Salud Mental.* 2019;16(61):55-61.
15. Sierra JC, Perla F, Gutiérrez-Quintanilla R. Actitud hacia la masturbación en adolescentes: Propiedades psicométricas de la versión española del attitudes toward masturbation inventory. *Univ Psychol.* 2010;9(2):531–42.
16. Heras-Sevilla D., Lara-Ortega F., & Fernández-Hawrylak, M. Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad en adolescentes. *Revista Psicodidáctica/Journal of Psycho-didactics.* 2016;21(2):321-337.
17. Sierra JC, Iglesias S, Monge, S. Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación: validez, fiabilidad y propuesta de una versión reducida para población adolescente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica,* 2013;22(1):57-65.
18. Diéguez JL, Diz MC, Sueiro E, Chas, MD. Actitudes hacia la sexualidad de adolescentes que residen en el medio rural gallego (2ª Parte). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.* 2003; 66:57-67.
19. Diéguez, JL, López Castedo A. López F, Sueiro E. Attitudes Toward Sexuality. *Abstracts Book. 15th World Congress of Sexology,* París; 2001:59.
20. Diéguez JL, López A, Sueiro E, y López F. Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.* 2005;74:46-56.
21. López N. Curso de educación afectivo-sexual: libro de teoría (1ª ed.). Madrid, España: Netbiblo;2003
22. López F. Educación sexual de los hijos/as. Madrid: Pirámide;2005.
23. Grozelle, RS. Cultural heterosexism and silencing sexual diversity: Anoka-Hennepin School District. *Journal of LGBT Youth.* 2017; 14(4):393-410.
24. Rön Dahl G. Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Educ Today.* 2011;31(4):345–9.
25. Gea-Caballero V, Pellicer-García B, Alfaro-Blázquez R, Ruiz-Hontangas A, Benavent-Cervera JV, Ferrer-Ferrándiz E. La importancia del desarrollo académico de posgrado en la mejora profesional enfermera. *Revista Rol de Enfermería.* 2018;41(7-8):494-500.

ANEXO III.

ESTUDIO III. Diferentes actitudes hacia la sexualidad entre estudiantes de Enfermería de primero y cuarto curso



ORIGINALES

Diferentes actitudes hacia la sexualidad entre estudiantes de Enfermería de primero y cuarto curso

Sexuality education: Different attitudes among incoming and outgoing Nursing undergraduates

Laura Alonso-Martínez¹

Davinia Heras-Sevilla¹

Lucy Charilaou²

Jesús Puente-Alcaraz³

María Fernández-Hawrylak¹

¹ Facultad de Educación, Departamento de Ciencias de la Educación, Área de Didáctica y Organización Escolar. Universidad de Burgos. Burgos. España. lamartinez@ubu.es

² Human Resources. South Tyneside y Sunderland National Health System (NHS) Foundation Trust of the UK.

³ Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la Salud, Área de Enfermería. Universidad de Burgos. Burgos. España.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.474821>

Recibido: 29/03/2021

Aceptado: 3/07/2021

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar si las actitudes hacia la sexualidad adquiridas por los alumnos durante el Grado en Enfermería son suficientes para su desempeño profesional.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y transversal basado en una encuesta compuesta por escalas estandarizadas que comparó las predisposiciones sexuales entre 101 alumnos de primer curso con 86 de cuarto. Los 187 estudiantes de enfermería, 24 hombres y 163 mujeres tenían entre 18 y 60 años ($M_{edad}=21.21$, $DT=5.48$). El instrumento utilizado para su evaluación fue un cuestionario anónimo que estaba constituido por preguntas sociodemográficas y las dos siguientes escalas, la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS-28) y la Escala de Doble Estándar (DSS).

Resultados: Los resultados obtenidos estuvieron cerca de ser significativos por curso en la ATSS, $U=3625.50$, $z=-1.95$, $p=.052$ y significativos en la DSS, $U=3560.50$, $z=-2.13$, $p=.034$. Estos hallazgos indicaron que los alumnos de cuarto tuvieron actitudes más positivas hacia la sexualidad y una menor adherencia a los roles de género. Además, se obtuvo una correlación negativa moderada, $r_s=-.307$, $p=.001$, entre la ATSS y la DSS que mostraba asociación entre las actitudes positivas y la menor adhesión a roles de género. Estos resultados sugieren que la formación enfermera tuvo un impacto positivo en sus actitudes.

Conclusión: La enfermería está involucrada de manera central en el cuidado de los pacientes y sus familias. Sus actitudes hacia la sexualidad son importantes en términos de comodidad del paciente, accesibilidad y aceptabilidad de su atención.

Palabras Clave: Actitud del Personal de Salud; Educación; Enfermeras y Enfermeros; Identidad de Género, Sexualidad.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate whether attitudes towards sexuality acquired by students during a Spanish nursing degree are sufficient for their performance in professional practice.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional, and quantitative study based on a self-completion survey composed of standardized scales that compare sexual attitudes among 101 first-year students with 86 fourth-year students. The 187 nursing students, 24 men and 163 women were between 18 and 60 years old ($M_{age}=21.21$, $SD=5.48$). The evaluative instrument was an anonymous questionnaire that consisted of sociodemographic questions and two standardized scales: Attitudes Towards Sexuality Scale (ATSS-28) and Double Standard Scale (DSS).

Results: Comparison between cohorts using the Mann-Whitney U test proved to be close to being significant in the ATSS, $U=3625.50$, $z=-1.95$, $p=.052$ and significant in DSS, $U=3560.50$, $z=-2.13$, $p=.034$. These findings indicate that fourth-year students have more positive attitudes towards sexuality and less rigid adherence to gender roles. In addition, a medium negative correlation, $r_s=-.307$, $p=.001$, between ATSS and DSS was obtained, showing a positive association between attitudes and less adherence to gender roles. These results suggest that nursing degree training had a positive impact on sexual attitudes.

Conclusion: Healthcare professionals are centrally involved in the care of patients and families. Nurses' attitudes towards sexuality are important in terms of patient comfort and the accessibility and acceptability of care. Implementation of training in sexuality has a positive effect on nursing care and favours the establishment of global health strategies.

Descriptors: Attitude of Health Personnel; Education; Gender identity; Nurses; Sexuality.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un aspecto inherente del ser humano e incluye la identidad de género, la orientación sexual, la afectividad, las relaciones afectivas, el placer y la reproducción ⁽¹⁾. El desarrollo sexual de los seres humanos está ligado a las experiencias de vida y se manifiesta a través de actitudes, comportamientos, creencias, roles y deseos ⁽²⁾. Este desarrollo ocurre de manera continuada y se integra durante los diferentes procesos y etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Por tanto, las experiencias sexuales tendrán una gran influencia en el bienestar y la salud de cada individuo ⁽³⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021, la salud sexual se define como: *“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”* ⁽⁴⁾.

Esta definición enfatiza el hecho de que la salud sexual es más que la ausencia de enfermedad, es un constructo complejo formado por dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales y se encuentra influenciado por factores económicos e históricos ⁽¹⁾.

En lo que respecta a la salud sexual, actualmente hay un millón de personas en el mundo con una privación de su estado de bienestar debido a la propagación de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ⁽⁵⁾. La OMS ha estimado que las estrategias llevadas a cabo para prevenir la propagación de las ITS son insuficientes ya que hay un millón de personas que las adquieren todos los días. Además, 376 millones de personas viven con clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis, 500 millones de personas tienen el virus del herpes simple, 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano y 38 millones de personas viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). ^(1,4,5). Por consiguiente, la sociedad actual no puede seguir permitiendo que los grupos vulnerables sigan presentando las tasas más altas

de estas enfermedades y que carezcan de medios adecuados para acceder a los servicios de salud. Por tanto, la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) han respondido conjuntamente a este problema orientando sus esfuerzos hacia el establecimiento de programas globales de investigación sobre infecciones sexuales ⁽⁶⁾. Sin embargo, las estrategias preventivas y de promoción de la salud de las ITS no están siendo suficientes, debido a la complejidad de los comportamientos sexuales humanos ^(5,6) y para mejorar estas intervenciones es necesario invertir en programas de salud, investigación, educación y actividades que brinden una atención eficiente y holística a nivel mundial, limitando las desigualdades entre países ⁽⁶⁾. La responsabilidad de los programas preventivos de la salud está actualmente en manos de los profesionales educativos y sanitarios, pero para lograr un cambio significativo, se necesita la participación política y la financiación desde los gobiernos de cada país ⁽⁷⁾.

La educación para la salud sexual debe abordar, normalizar e integrar el estudio de la sexualidad en el currículo, sin enfocarse únicamente en la prevención de enfermedades ⁽⁸⁾. Esta transformación es necesaria para eliminar las visiones regresivas y prohibitivas de la educación sexual y especialmente de la sexualidad femenina y de las minorías sexuales ⁽⁹⁾. En los últimos años, la provisión de educación integral en sexualidad se ha vuelto importante, ya que es necesario subrayar e incorporar aspectos relacionados con las actitudes y comportamientos sexuales con otras variables como el género, el respeto a los derechos humanos, y el apego ^(8,9). Por esta razón, esta formación está diseñada para buscar alcanzar la igualdad entre la diversidad sexual y genérica, garantizar una comunicación interpersonal y social de tolerancia, respetar los derechos de las minorías étnicas y comprender las relaciones de apego ⁽³⁾.

Por tanto, las intervenciones en educación para la salud sexual deben enfocarse en evitar actitudes negativas hacia la sexualidad (erotofobias) y fomentar las actitudes erotofílicas ^(10,11). De esta manera se avanzará en la reducción de los prejuicios sexistas y la discriminación hacia la comunidad LGTBQ+ (Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Intersexual, Queer y +, lo que indica la inclusión de una gama más amplia de identidades no representadas en esta abreviatura) ⁽⁷⁾. La metodología de enseñanza más sustentada científicamente es la presente propuesta de educación sexual integral, que se basa en un modelo biográfico y profesional aceptado mundialmente como el referente para comprender la sexualidad humana. Este método incluye una atención integral al desarrollo de predisposiciones afectivas y a saber cómo abordar las conductas sexuales de las personas a lo largo de la vida ⁽¹²⁾. Consecuentemente, los profesionales de la salud deberían recibir una formación cualificada que incluya este enfoque y contribuya a generar un cambio significativo en la comprensión y en la adquisición de competencias interdisciplinarias de esta área de conocimientos ⁽⁸⁾.

Sexualidad en la formación de profesionales de la salud y competencias de enfermería

La formación de los profesionales de la salud debe abordarse desde un plan de estudios que integre, normalice, comprenda y analice la sexualidad y a su vez sus experiencias y creencias ⁽¹³⁾. El alumnado universitario de últimos cursos y las personas con formación previa en salud pública muestran actitudes y comportamientos más positivos hacia la sexualidad que el resto de los estudiantes de

pregado. Estos hallazgos están relacionados con la idea de maduración de pensamientos sobre la sexualidad y con la formación continuada ⁽¹⁴⁾. Sin embargo, el aprendizaje inicial del profesorado en las escuelas y universidades es insuficiente en cuanto a la falta de integración de la sexualidad en sus asignaturas ^(14, 15). La educación que los estudiantes de grados sanitarios han recibido de los docentes se ha centrado principalmente en la prevención de ITS ⁽⁸⁾. Por ello, es fundamental cambiar esta situación y obligar a los profesores a recibir una formación de calidad en este dominio ⁽¹⁵⁾.

Por un lado, investigaciones previas han hallado que los estudiantes universitarios aprenden a abordar la sexualidad de manera desigual, ya que los planes de estudio y la formación docente son diferentes según la carrera elegida ⁽⁹⁾. Otro de los grandes inconvenientes es que los profesores universitarios manifiestan temor a las reacciones que puedan derivarse de abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad y prefieren no tratarlas en el aula, justificando que el alumnado ya ha sido formado en niveles educativos inferiores. Además, los docentes varones tienen una disposición sexual más negativa y regresiva de la sexualidad presentando mayores actitudes erotofóbicas que las profesoras. Esta diferencia de predisposiciones por sexo se relacionaba con las preconcepciones conservacionistas de la adhesión a los roles de género masculinos ⁽¹⁴⁾. Curiosamente el número de profesores varones es mayor en las universidades que el de mujeres. Por otro lado, los docentes exponen que estarían dispuestos a participar si reciben formación previa para afrontar esta educación y si la institución les va a respaldar si siguen los protocolos educativos que se establezcan y de esta manera contribuir a generar un cambio positivo que reduce las actitudes y conductas sexistas en la universidad ⁽⁹⁻¹¹⁾.

Los profesionales de la salud instruidos y competentes en sexualidad contribuyen a reducir las conductas de riesgo y los prejuicios sexuales, garantizando los derechos sexuales humanos el respeto a las minorías sexuales ⁽¹³⁾. Por consiguiente, la educación sexual integral debería ser incorporada en los planes de estudio de los egresados y graduados de enfermería con la intención de solucionar la formación insuficiente en esta especialidad y crear equipos sanitarios interdisciplinarios que sea capaz de aproximarse y resolver dilemas de índole sexual ⁽¹³⁾. La solución para mejorar la formación profesional de enfermería en sexualidad radica en una educación interdisciplinaria basada en el cuidado global a través de metodologías activas y científicas que velen por el desarrollo de un currículum en constante actualización al contexto vigente ^(8,13).

Por otro lado, debemos señalar que las competencias del título de Grado en Enfermería español analizadas en esta investigación cumplen con los principios de calidad de las profesiones establecidos a nivel nacional por el Consejo Internacional de Enfermería y las competencias transversales genéricas del Proyecto Tuning ^(16,17). Las asignaturas del Grado en Enfermería cumplen con los principios de calidad de las profesiones establecidas en la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación de España (ANECA) y en otros organismos internacionales europeos a través de la Declaración de Bolonia ⁽¹⁶⁾. A pesar de ello, estas competencias son generalistas en educación para la salud y no mencionan explícitamente la educación sexual. De esta manera, no habilitan a los estudiantes a adquirir las capacidades que les permitan abordar integralmente la sexualidad. Los contenidos en sexualidad en los Grados de Enfermería españoles se encuentran divididos en bloques temáticos sin hacer explícitos las conexiones transversales que debería haber entre estos

constructos ^(15,18). Concretamente, en el grado evaluado de la Universidad Complutense de Madrid, los métodos anticonceptivos se enseñan en la asignatura de Enfermería Materna y las disposiciones y comportamientos sexuales se enseñan en Sociología sin ninguna conexión entre ellos ^(14,18).

Según Dawson et al. y de Vries et al., no existe una evaluación suficientemente integral de la sexualidad en el currículo de enfermería, y los autores destacan en particular la falta de evaluaciones de las competencias de los estudiantes y los profesores ^(13,15). Además, los alumnos de ciencias de la salud consideran que estos planes están desactualizados y no se sienten preparados para abordar la diversidad sexual en su área profesional, demandando que sean incluidos en sus planes de estudio ⁽¹⁵⁾. Por lo tanto, es fundamental formar enfermeras que puedan contribuir a un cambio disciplinario positivo hacia la sexualidad a través de sus roles laborales^(1,13).

Este estudio tiene como objetivo principal evaluar las actitudes hacia la sexualidad y la adhesión a roles sexuales, comparando las predisposiciones manifestadas por los estudiantes de primer y último curso del Grado de Enfermería. Como propósitos secundarios, esta investigación también tiene como objetivo valorar si las actitudes difieren por género, edad y otras variables sociodemográficas de interés analizadas en el estudio. Las hipótesis planteadas en esta investigación fueron que los estudiantes de enfermería de primero y último curso sugerirán de manera similar que adquirieron una mejora insuficiente en sus competencias profesionales relacionadas con el abordaje de la sexualidad humana. Se asume que el alumnado, a pesar de haber recibido educación sexual formal en la prevención de ITS, declarará una elevada tasa de conductas sexuales de riesgo. Además, se hipotetizó que las mujeres, los estudiantes con formación previa y de mayor edad como los alumnos de cuarto tendrán actitudes más positivas hacia la sexualidad y menor adhesión a los roles de género que el resto de los participantes. Finalmente, en relación con la literatura previamente analizada se asume que las actitudes positivas o liberales hacia la sexualidad correlacionarán negativamente con el sostenimiento de un doble rol sexual.

MÉTODOS

Tipo de estudio y participantes

Se ha propuesto un diseño de estudio cuantitativo no experimental de carácter transversal y descriptivo, dada la relevancia de esta modalidad para explorar hechos, circunstancias o fenómenos y examinar las relaciones entre los factores. Las variables sociodemográficas son género, edad, cohorte y formación previa, y las variables dependientes fueron los resultados de las dos escalas y las preguntas sobre conductas sexuales de riesgo y educación sexual. Para lograr el objetivo propuesto se ha realizado un estudio comparativo-correlacional mediante la utilización de un cuestionario. Se realizó un muestreo incidental no probabilístico, que utilizó la disponibilidad de estudiantes matriculados en el Grado en Enfermería. La muestra está compuesta por 187 estudiantes, entre 18 y 60 años ($M=21.21$, $SD=5.48$) matriculados en enfermería en la Universidad Complutense de Madrid (UCM, España) durante el curso 2017-2018. Los estudiantes universitarios fueron reclutados voluntariamente para participar en el estudio a través de métodos de muestreo

oportunistas. Los criterios de inclusión en la investigación fueron que todos los estudiantes fueran alumnos de enfermería de primer y último curso de la UCM, y los criterios de exclusión fueron aquellos que no quisieron participar y estudiantes menores de edad.

Herramientas de medición

El interés principal de este estudio fue evaluar la educación sexual, las conductas sexuales de riesgo, la adhesión a roles sexuales de género y las actitudes negativas y positivas hacia la sexualidad. Así, el instrumento de estudio se dividió en 3 apartados: en primer lugar, el apartado A contenía 6 preguntas autoelaboradas sobre datos personales, como fueron las variables edad, género, orientación sexual, curso universitario, formación previa, opiniones sobre la educación sexual recibida y realización de conductas de riesgo; en segundo lugar, la sección B contenía las 2 escalas estandarizadas antes mencionadas y, por último, la sección C contenía 1 pregunta autoelaborada en la que se consultaba los comentarios y las sugerencias. Este cuestionario también contenía la pregunta de consentimiento informado.

La versión en español de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) de Fisher y Hall ⁽¹⁹⁾ utilizada en esta investigación fue la adaptación validada y ampliada por Diéguez et al. ⁽²⁰⁾. Esta escala se utiliza para evaluar el grado de liberalismo sexual y las actitudes erotofílicas y erotofóbicas hacia sexualidad a través de sus 28 ítems. Las respuestas se estructuran en torno a una escala de Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo a 5 = Totalmente de acuerdo). Los ítems 1, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 27 y 28 fueron redactados negativamente, por lo que su valor debe invertirse antes del análisis. La evaluación consiste en valorar los rangos de la suma de la puntuación de los ítems de la escala. La puntuación varía de 28 a 140 puntos. Los valores más bajos indican un menor grado de liberalismo y actitudes más negativas hacia la sexualidad. Fisher y Hall ⁽¹⁹⁾ obtuvieron un Alfa de Cronbach aceptable: $\alpha = .76$ para el rango de 12 a 14 años. En nuestra investigación se obtuvo una confiabilidad buena con un $\alpha = .81$.

La versión en español de la Double Standard Scale (DSS) de Caron et al. ⁽²¹⁾ utilizada en esta investigación fue la adaptación validada por Sierra, et al. ⁽²²⁾. Esta escala se utiliza para evaluar las actitudes hacia el grado de adherencia al doble estándar sexual, a través de sus 10 ítems. Las respuestas se estructuran en torno a una escala de Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo a 5 = Totalmente de acuerdo). El elemento 8 está redactado negativamente, por lo que su valor debe invertirse antes del análisis. La evaluación consiste en valorar los rangos de la suma de la puntuación de los ítems de la escala que varían de 10 a 50 puntos. Los valores más altos indican una alta adherencia al doble estándar sexual. Caron et al. ⁽²¹⁾ obtuvieron un Alfa de Cronbach aceptable de .72 en adultos. En nuestro estudio se obtuvo una fiabilidad aceptable con un $\alpha = .71$.

Recopilación de datos

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la UCM. Todos los alumnos participaron voluntariamente en el estudio al aceptar el formulario de consentimiento. La recogida de datos se llevó a cabo en Madrid, España, en los meses de marzo y junio (para estudiantes de primer curso y de último) del año 2018. Se llevó a cabo en la Universidad y el Hospital Clínico San Carlos (Madrid). Los participantes se

reunieron en las aulas y se les entregaron los cuestionarios para completarlos. El instrumento se completaba en unos 25 minutos por grupo. Los cuestionarios fueron administrados por el investigador en persona, en formato online y a través de investigadores colaboradores para asegurar el rigor científico. El procedimiento se dividió en 3 partes: revisión de la literatura, elaboración de la encuesta y pilotaje; administración de encuestas; y análisis de resultados.

Análisis de los datos

Los datos fueron informatizados y analizados a través de IBM SPSS 24. Las variables cuantitativas se representaron en media y desviación estándar (DT) y las categóricas en números y porcentajes. Los datos se exploraron antes del análisis para examinar la normalidad de los resultados característicos de la muestra. Se indicó una distribución no normal en las puntuaciones medias de las escalas mediante la realización de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Este análisis mostró para el ATSS, $D(187) = .140$, $p = .001$ y para el DSS, $D(187) = .084$, $p = .002$. Por tanto, las escalas se analizaron en comparación con las variables sociodemográficas de nuestro estudio mediante estadística no paramétrica. En primer lugar, se realizó una prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes con el fin de comparar los rangos medios de las puntuaciones de la escala entre dos grupos, como serían las variables de género, cohorte y entrenamiento previo. Por último, se realizó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman para determinar si había una relación estadísticamente significativa entre la puntuación de las escalas y la edad. El nivel de significancia en el análisis de inferencias estadísticas se basó en valores de $p < .05$.

RESULTADOS

Estadística descriptiva

El perfil de los participantes de esta muestra se describirá a continuación en la Tabla 1 según las variables de género, cohorte académico y formación previa.

Tabla 1. Características de la muestra

Variables	Cohorte académico (<i>n</i> y %)		<i>N</i>	%
	Alumnos de primero	Alumnos de cuarto		
Género				
Mujer	92 (91.08%)	71 (82.55%)	163	87.16
Hombre	9 (8.91%)	15 (17.44%)	24	12.83
Otra formación en educación superior relaciona con Ciencias de la Salud			10	5.34
Poseen otra formación	14 (13.86%)	15 (17.44%)	29	15.50
No poseen otra formación	87 (86.13%)	71 (82.55%)	158	84.49
Total	101 (54.01%)	86 (45.98%)	187	100

n=muestra, %=porcentaje, *N*=tamaño poblacional

A continuación, en la Tabla 2 se explican las opiniones sobre educación sexual y los comportamientos de comunicación sexual mostrados por los estudiantes del Grado de Enfermería por cohortes. En esta tabla se muestra en línea con la hipótesis 1, el 95,2% de los estudiantes considera que la información recibida en esta área no ha sido suficiente, coincidiendo también que el 92,5% de los alumnos piensa que es importante recibir esta formación para el desarrollo de sus competencias profesionales. Curiosamente, los participantes indicaron que han recibido una educación en sexualidad más informal que basada en la evidencia científica, con un alto grado de similitud entre los grupos de primero y segundo. Por otro lado, en línea con la hipótesis 2, los estudiantes de pregrado presentaron altos porcentajes en la falta de conciencia en la comunicación de conductas sexuales de riesgo. El 42% de los estudiantes siempre usó condón en las relaciones sexuales, mientras que el 58% había tenido relaciones sexuales sin protección. Además, de estos solo el 5% de los estudiantes se sometió a una prueba de ITS antes de tener relaciones sexuales sin protección con sus parejas y a su vez únicamente el 15% realizó una prueba serológica cuando tuvieron relaciones sexuales sin protección con una nueva pareja.

Tabla 2. Educación sexual y conductas de riesgo del alumnado

Variables	Cohorte académico (n y %) N		%	
	Primer curso	Cuarto curso		
Formación en Educación para la Salud Sexual				
Recibida	78 (77.22%)	70 (81.39%)	148	79.14
No recibida	23 (22.77%)	16 (18.60%)	39	20.85
Educación sexual y formal recibida en el Grado en Enfermería				
Estudiantes que manifestaron haberla recibido	4 (3.96%)	7 (8.13%)	11	5.88
Estudiantes que manifestaron no recibirla.	97 (96.03%)	79 (91.86%)	176	94.11
Calidad de la educación sexual recibida				
Los estudiantes lo consideraron buena o extremadamente buena	6 (5.94%)	3 (3.48%)	9	4.81
Los estudiantes lo consideraron malo o extremadamente malo	95 (94.05%)	83 (96.51%)	178	95.18
Utilidad de la formación en sexualidad para su profesión				
Los estudiantes lo consideraron útil o extremadamente útil	89 (88.11%)	84 (97.67%)	173	92.51
Los estudiantes lo consideraron poco útil o nada útil.	12 (11.88%)	1 (1.16%)	13	6.95
Estudiantes que decidieron no responder	0	1 (1.16%)	1	0.53
Participación voluntaria en tareas formativas en sexualidad				
Estudiantes que lo estaban realizando	7 (6.93%)	6 (6.97%)	13	6.95
Estudiantes que no lo estaban realizando.	94 (93.06%)	80 (93.02%)	174	93.54
Formación a través de recursos evidenciados científicamente				
Estudiantes que manifestaron que lo han recibido	40 (39.60%)	25 (29.06%)	65	34.75
Estudiantes que manifestaron que no lo han recibido.	60 (59.4%)	61 (70.93%)	121	64.70
Estudiantes que decidieron no responder	1 (0.99%)	0	1	0.53
Educación informal: familia, amigos e Internet (no científica)				
Estudiantes que manifestaron que lo han recibido	79 (78.21%)	65 (75.58%)	144	78.60
Estudiantes que manifestaron que no lo han recibido.	22 (21.78%)	21 (24.41%)	43	22.99
Competencias en sexualidad del alumnado				
Se consideran competentes o extremadamente competentes	27 (26.73%)	41 (47.67%)	68	36.36
Se consideran poco competentes o nada competentes	74 (73.26%)	45 (52.32%)	119	63.63

Utilizo el condón como método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales con una nueva pareja

Siempre	37 (36.66%)	41 (47.67%)	78	41.71
Nunca	61 (60.39%)	38 (44.18%)	99	52.94
Decidió no responder	3 (2.97%)	7 (8.13%)	10	5.34

Mi pareja y yo nos hemos hecho una prueba serológica antes de tener relaciones sexuales sin protección.

Siempre	3 (2.97%)	7 (8.13%)	10	5.34
Nunca	94 (93.06%)	72 (83.72%)	166	88.77
Decidió no responder	4 (3.96%)	7 (8.13%)	11	5.88

Me hice una prueba serológica después de haber tenido relaciones sexuales sin protección con una nueva pareja.

Siempre	16 (15.84%)	12 (13.95%)	28	14.97
Nunca	82 (81.19%)	70 (81.39%)	152	81.28
Decidió no responder	3 (2.97%)	4 (4.65%)	7	3.74

Total	101 (54.01%)	86 (45.98%)	187	100
--------------	--------------	-------------	-----	-----

n=muestra, %=porcentaje, *N*=población total

Finalmente, en la Tabla 3 se detallan los resultados descriptivos de la variable edad y de las puntuaciones de la ATSS y la DSS, en la cual se incluyen los datos de la muestra divididos en cohorte académico (primero y cuarto) y total.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos por edad y escala

Variables	Cohorte académico										Total de la muestra				
	Alumnos de primer curso					Alumnos de cuarto					<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>					
Edad	101	18	49	19.70	4.13	85	20	61	23.00	6.29	186	18	61	21.21	5.47
ATSS	101	48	147	112.94	13.77	86	72	134	116.59	10.86	187	48	147	114.62	12.61
DSS	101	10	35	18.42	5.82	86	10	28	16.48	4.76	187	10	35	17.53	5.44

n=muestra, *Min*= mínimo, *Max*=máximo, *M*=media, *DT*=desviación estándar, *N*= población total

Estadística inferencial

Se encontró que el análisis de la ATSS de Fisher y Hall ⁽¹⁹⁾ estuvo cerca de ser estadísticamente significativo entre las cohortes, en línea con la hipótesis 3. Fue menor para los estudiantes universitarios de primer curso ($M_{rank} = 86.90$, $Sum\ of\ Ranks = 8776.50$, $n=101$) que para los alumnos de cuarto curso ($M_{rank} = 102.34$, $Sum\ of\ Ranks = 8801.50$, $n=86$), $U=3625.50$, $z= -1.95$, $p=.052$ (2-tailed). Estas diferencias de rango mostraron una actitud más positiva hacia la sexualidad en los estudiantes de cuarto curso. Sin embargo, contradictoriamente a esta hipótesis, el género y el entrenamiento previo no predijeron la puntuación de la ATSS, ver Tabla 4.

Tabla 4. Prueba U de Mann-Whitney para ATSS por género y otra formación

Variables	Rango medio	Sumatorio de rango	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
Género (n=187)						
Hombre (n=24)	88.94	2134.50	1834.50	2134.50	-.491	.623
Mujer (n=163)	94.75	15443.50				
Otra formación (n=187)						
Posee otra formación (n=29)	94.47	2797.50	2219.50	14780.50	-.267	.789
No posee otra formación (n=158)	93.55	14780.50				

Además, en contradicción con esta misma hipótesis, la correlación de rango positiva por edad y puntajes de la ATSS, $r_s = .035$, $p = .634$ no fue significativa.

Sin embargo, de acuerdo con la hipótesis 4, el análisis de la DSS de Caron, et al.⁽²¹⁾ se encontraron diferencias significativas entre cohortes. Fue significativamente más alto para los estudiantes universitarios de primer curso ($M_{rank}=101.75$, $Sum\ of\ Ranks=10276.50$, $n=101$) que para los alumnos de cuarto curso ($M_{rank}=84.90$, $Sum\ of\ Ranks=7301.50$, $n=86$), $U=3560.50$, $z = -2.126$, $p = .034$ (2-tailed). Estas diferencias de rango mostraron una menor adherencia a los roles de género en los estudiantes de cuarto curso. Sin embargo, contrariamente a esta hipótesis y como en la escala anterior, el género y la formación previa no predijeron la puntuación de la DSS, ver Tabla 5.

Tabla 5. Prueba U de Mann-Whitney para DSS por género y otra formación

Variables	Rango medio	Sumatorio de rango	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
Género (n=187)						
Hombre (n=24)	97.23	2333.50	1878.50	15244.50	-.314	.754
Mujer (n=163)	93.52	15244.50				
Otra formación (n=187)						
Posee otra formación (n=29)	96.86	2809.00	2208.00	14769.00	-.310	.756
No posee otra formación (n=158)	93.47	14769.00				

Además, no se encontró una correlación de rango negativa por edad y puntajes de la DSS, $r_s = -.054$, $p = .464$. Finalmente, en línea con la hipótesis 5, se descubrió una correlación negativa media entre los rangos de la ATSS y los puntajes de la DSS, $r_s = -.307$, $p = .001$. Este hallazgo indica que una menor adherencia a los roles de género (DSS) está relacionada con actitudes más erotofílicas hacia la sexualidad y mayores predisposiciones de liberalismo sexual.

DISCUSIÓN

Esta investigación se llevó a cabo para evaluar la educación en sexualidad recibida, las conductas sexuales de riesgo, las actitudes generales hacia la sexualidad y la

adhesión a los roles sexuales en el Grado en Enfermería, comparando las opiniones, predisposiciones y comportamientos de los estudiantes universitarios de primero y último curso. Los hallazgos han alcanzado el objetivo y han apoyado las hipótesis, aunque no se han encontrado diferencias significativas por género y otra formación previa.

El 77% de los estudiantes de enfermería manifestaron que su entrenamiento en educación para la salud sexual se ha transmitido mayoritariamente de forma informal y no científica (familia, amigos o Internet). Por tanto, esta educación del currículum oculto está contribuyendo al mantenimiento de normas, mitos y falsas creencias heteronormativas y heteropatriarcales que no se encuentran fundamentadas en la evidencia científica ⁽³⁾. La mayor parte de la educación regulada en el currículum se imparte desde un modelo biológico, sin comprender las implicaciones socioculturales y psicológicas ⁽¹⁵⁾. Para solucionar esta problemática, es necesario legislar los contenidos y competencias en los planes de estudio de Enfermería y así contribuir a que los docentes enfermeros modifiquen sus guías docentes y eviten la transmisión de un currículo desadaptado a las problemáticas vigentes ⁽¹³⁾. La formación de los alumnos de enfermería en sexualidad basada en la evidencia científica en esta temática les permitirá convertirse en profesionales críticos y competentes para abordar las situaciones sexuales de los usuarios a los que cuidan. Estas enseñanzas también prepararán a estos estudiantes de la salud para gestionar estrategias preventivas, de promoción y de educación para la salud desde un enfoque psicoafectivo y psicosexual integral ⁽²⁾.

En esta investigación, solo el 7% de los alumnos se involucró en actividades educativas en sexualidad, por lo que son un porcentaje minoritario de la muestra. Sin embargo, los participantes que más se involucraron en estas actividades fueron los que tenían las actitudes más negativas hacia la sexualidad en comparación con el promedio de los otros estudiantes. Por otro lado, en relación con la hipótesis 1, con la edad y los factores de formación profesional, los estudiantes de cuarto año se consideraron más capaces de educar a la población en sexualidad que los estudiantes de primer año ⁽¹¹⁾. No obstante, el porcentaje de estudiantes que habían adquirido comportamientos sexuales saludables a través de sus propias experiencias y conocimientos estaban muy por debajo del promedio y en algunas premisas han sido inferiores al 5%, demostrando un comportamiento de alto riesgo sexual a pesar de sus conocimientos sanitarios. Esto implica que la formación en el módulo de la sexualidad biológica centrada en las ITS no ha generado un cambio significativo en la reducción de sus conductas sexuales de riesgo ⁽¹⁵⁾, sin apenas diferencias por curso.

Las actitudes y creencias hacia el liberalismo sexual en esta investigación se obtuvieron mediante el análisis de la ATSS de Fisher y Hall ⁽¹⁹⁾. Los estudiantes presentaron una puntuación promedio de 114,72 que indica valores positivos hacia el liberalismo y las actitudes sexuales. En línea con la hipótesis 3, se encontraron diferencias significativas en los puntajes de la ATSS, reflejando que los estudiantes de primer curso poseen menor grado de liberalismo y mayores actitudes erotofóbicas que los alumnos de cuarto año. No se obtuvieron diferencias en función de otros niveles de formación previa al grado. Al comparar esta investigación con la de Díaz et al. ⁽²³⁾, sus hallazgos en la ATSS indicaron actitudes más negativas hacia la sexualidad en una muestra de adultos discapacitados y no discapacitados ($M=86.49$, $DT=16.97$, $n=729$) con edades comprendidas entre los 19 y los 55 años que las obtenidas en nuestro estudio. Es reconocido mundialmente que la edad y los factores

socioculturales tienen un gran impacto en la predisposición sexual. Gómez-Zapiain et al. ⁽⁹⁾ afirman que la edad influye en los comportamientos y actitudes sexuales y contribuye a disminuir los estereotipos sexuales. Además, investigaciones previas en estudiantes de pregrado de similar edad de Diéguez, et al. ⁽²³⁾ ($M=111,7$, $DT=11,82$, $n=5614$), con una media de edad de 20.7 años y un mayor porcentaje de mujeres (59,3%) y Diéguez, et al. ⁽²⁰⁾ ($M=111.64$, $DT=12.63$, $n=2006$) con participantes de entre 17 y 52 años, también obtuvieron una puntuación media inferior a la de nuestro estudio. Al igual que en nuestro estudio, Diéguez, et al. ⁽²⁰⁾ tampoco encontraron diferencias significativas por género, pero si obtuvieron diferencias significativas más positiva en los estudiantes de cuarto frente a los de primer curso en participantes con rangos de edad similares a los nuestros.

Según la hipótesis 4, se encontraron diferencias significativas en los puntajes de la DSS por cohorte que reflejan una mayor adherencia al rol sexual en los estudiantes de primer año en comparación con los estudiantes de cuarto curso, pero tampoco se encontraron diferencias entre el género y otros niveles de formación. Sin embargo, en los estudios de Caron et al ⁽²¹⁾ llevados a cabo con alumnos de primer curso de grado ($M=19.1$, $DT=5.3$, $n=330$), y el de Sierra et al. ⁽²²⁾ realizados con alumnos universitarios españoles ($M=17.9$, $DT=5.6$, $n=400$), los hombres presentaron una adherencia más negativa a los roles sexuales que las mujeres. Además, Sierra y Gutiérrez ⁽²⁵⁾ también encontraron mayores adherencias negativas a los roles sexuales en los hombres universitarios ($M=20.69$, $DT=6.53$, $n=192$) que en las mujeres ($M=16.15$, $DT=5.7$, $n=223$), con un rango de edad de 16 a 46 años. No obstante, estos hallazgos muestran que dentro de la variable de género las alumnas de Grado en Enfermería de nuestra muestra ($M=17.5$, $DT=5.5$, $n=163$) tienen una mayor adherencia a los roles sexuales que en los estudios enumerados anteriormente. Sin embargo, en esta investigación la puntuación media total de la DSS ha sido más baja que la del resto de los estudios señalados.

Las diferencias actitudinales obtenidas entre el alumnado de primero y cuarto curso son pequeñas en la DSS y no significativas en la ATSS. Por tanto, estos resultados positivos hallados en relación con las predisposiciones podrían sustentarse en la maduración sexual de los individuos y en la creación de sociedades más igualitarias basadas en el respeto a los derechos humanos que está ayudando a reducir los estereotipos sexuales y la adhesión a los roles de género ^(26,27). La formación impartida en las carreras de enfermería debería seguir contribuyendo activamente a generar un cambio significativo en las actitudes hacia la sexualidad, debido a que los roles de estos futuros profesionales de la salud permiten que en su desempeño laboral sean educadores cualificados tanto a través de la enseñanza reglada como informal ⁽²⁸⁾.

Las fortalezas del estudio es que la investigación está basada en las evidencias científicas para medir la sexualidad desde un enfoque cuantitativo, aumentando la información de estas escalas estandarizadas. Este estudio contribuye a comprender que las actitudes hacia la sexualidad están vinculadas con la formación, el interés personal y que están altamente condicionadas por las normas socioculturales ⁽²⁹⁾. Sin embargo, se debe considerar que los cambios positivos producidos hacia las predisposiciones sexuales también pueden estar asociados con la madurez sexual y la implementación de legislaciones que promuevan el respeto de los derechos humanos ⁽³⁰⁾. Por otro lado, a pesar de contar con una formación significativa en el control de las ITS, es aquí donde se encontraron más conductas negativas hacia la

sexualidad, debido a que estos contenidos se impartieron centrándose en métodos biomédicos que no lograron conectar la sexualidad con la afectividad y los cambios sociales relacionado con los comportamientos de riesgo ^(29,30).

Las limitaciones de este estudio radican en el tamaño de la muestra y la falta de homogeneidad entre hombres y mujeres. Sin embargo, estas diferencias de género pueden deberse al sesgo que existe en las profesiones de la salud, en las que al ser carreras feminizadas hay una mayor presencia de mujeres. Además, este estudio se centró en evaluar la sexualidad heterosexual sin incluir las perspectivas de las minorías sexuales, dando un resultado limitado en relación con la diversidad sexual humana. En estudios futuros, la muestra debe expandirse a diferentes universidades con diferentes contextos educativos (poblaciones pequeñas y/o grandes), comparar entre distintas ramas formativas y añadir más variables sociodemográficas (nivel socioeconómico, orientación sexual e ideologías políticas). Sería beneficioso para estas investigaciones realizar estudios longitudinales a lo largo del Grado en Enfermería que contrasten los hallazgos obtenidos de este estudio transversal. El resultado de la ATSS también debería estar sujeto a más investigaciones, debido a la obtención de un hallazgo que está cerca de ser significativo. Con relación a la metodología sería conveniente combinar enfoques cuantitativos y cualitativos para examinar las actitudes hacia la sexualidad con más detalle, a fin de proponer intervenciones globales de manera eficaz para cambiar las actitudes y comportamientos negativos. Finalmente, se deben llevar a cabo programas y estrategias educativas impartidas por enfermeras que contribuyan a mejorar la educación para la salud sexual de la población desde una perspectiva holística que no se enfoque únicamente en un modelo biomédico.

CONCLUSIÓN

Los estudiantes de primero y cuarto curso presentaron conductas sexuales de riesgo similares, y las pequeñas diferencias actitudinales entre estos niveles educativos podría estar más relacionadas con variables sociodemográficas y culturales que con las competencias adquiridas en el Grado de Enfermería, requiriendo de una mayor investigación. La educación de los estudiantes se centró en el modelo biológico que no permite que los alumnos adquieran completamente estas competencias y sigue manteniéndose en un currículum no transversal. La formación en sexualidad de los estudiantes es deficiente, informal y se basa en enfoques biomédicos. Se puede considerar insuficiente porque al analizar su comportamiento comunicativo de riesgo, es evidente que no han adquirido una conducta saludable hacia este. Se requiere de una remodelación educativa para mejorar las actitudes hacia la sexualidad y contribuir a generar roles de género equitativos. La formación profesional de enfermería debe incluir la educación en sexualidad desde una perspectiva holística para mejorar la carrera profesional de las enfermeras. Los programas de educación para la salud sexual deben impartirse en edades educativas tempranas para promover la coeducación y la adquisición de conductas sexuales saludables, incluyendo el género, la igualdad social y las conductas erotofílicas, la prevención de las ITS, los problemas de salud mental y otras conductas sexuales de riesgo. Para concluir, es necesario regular el currículum universitario para formar profesionales cualificados en educación para la salud sexual y, por tanto, la enfermería no debe quedarse atrás en esta nueva iniciativa. Las enfermeras deben tener la oportunidad de coordinar equipos interdisciplinarios e influir en las políticas actuales, para garantizar que exista un

sistema de salud igualitario y eficaz. La carrera ofrece formación integral del ser humano, investigación científica de calidad, y sus diferentes especialidades avalan a la enfermería como profesión fundamental para la construcción de la educación para la salud y por tanto de la educación sexual.

Reconocimiento

Este estudio contó con el apoyo de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Los autores agradecen a los participantes anónimos y a las enfermeras del Hospital Clínico de San Carlos que ayudaron a recolectar la muestra de los alumnos de cuarto curso.

REFERENCIAS

1. Foucault M. The History of Sexuality: 1: The Will to Knowledge. UK: Penguin; 2020. Available from: <https://www.penguin.co.uk/books/238/23884/the-history-of-sexuality--1/9780241385982.html>
2. Benton CP. Sexual health attitudes and beliefs among nursing faculty: A correlational study. Nurse Education Today. 2021; 98: 104665. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104665>
3. Grozelle RS. Cultural heterosexism and silencing sexual diversity: Anoka-Hennepin School District. Journal of LGBT Youth. 2017; 14(4): 393-410. Available from: <https://doi.org/10.1080/19361653.2017.1365035>
4. WHO-World Health Organization. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach, Geneva. [Internet]. 2017[cited 2021 March 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151288>
5. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). Ginevra, Switzerland: World Health Organization. [Internet]. 2019 [cited 2020Aug.12]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
6. UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach (second revised edition). Paris: UNESCO [Internet]. 2018 [cited 2020Aug.13]. Available from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>
7. Alonso-Martínez L, Heras-Sevilla D, Fernández-Hawrylak M, Forrest S. English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes towards Trans People (EANT). Sustainability [Internet]. 2021;13(7):3760. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/su13073760>
8. Pavelová Ľ, Archalousová A, Slezáková Z, Zrubcová D, Solgajová A, Spáčilová Z, et al. The Need for Nurse Interventions in Sex Education in Adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021; 18(2):492. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18020492>
9. Gómez-Zapiain J, Ortiz M J, Eceiza A. Disposición al riesgo en la actividad sexual adolescente: el papel de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres y pares y de las dificultades en la regulación emocional. Anales de Psicología. 2016; 32 (3): 899-906. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.221691>
10. Fisher W A, Byrne D, White LA, Kelley K. Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. Journal of Sex Research. 1998; 25(1): 123–151. <https://doi.org/10.1080/00224498809551448>

11. Senturk Erenel A, Cicek Ozdemir S. Attitude and Behaviors of Senior Nursing Students in Assessment of Sexual Health. *Sexuality and Disability*. 2020; 38, 503-514. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09642-3>
12. Heras D, Lara F, Fernández-Hawrylak M. Evaluation of the Effects of the Sexual Education Program SOMOS on Sexual Experience and Attitudes of Adolescents Towards Sexuality 322. *Revista Psicodidáctica* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 15]; 21(2): 321–37. Available from: www.ehu.eus/revista-psicodidactica
13. Dawson M, Gakumo A, Philips J, Wilson L. Process for Mapping Global Health Competencies in Undergraduate and Graduate Nursing Curricula. *Nurse Educator*. 2016;41(1):37-40. Available from: [Doi: 10.1097/NNE.0000000000000199](https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000199)
14. Gorrotxategi M P, Ozamiz-Etxebarria N, Jiménez-Etxebarria E, y Cornelius-White J H. Improvement in gender and transgender knowledge in university students through the Creative Factory methodology. *Frontiers in Psychology*; 2020: 11, 367. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00367>
15. de Vries E, Kathard H, Müller A. Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula?. *BMC Medical Education*. 2020; 20(1):1-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>
16. Consejo Internacional de Enfermeras. La definición de Enfermería. The International Council of Nurses. 2020 [cited 2020 Aug 17]. Available form: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
17. Collegiate Organization of Nursing. Proyect Tuning: Tuning Educational Structures in Europe [Internet]. Collegiate Organization of Nursing. 2020 [cited 2020 Aug 18]. Available from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/primer-ciclo/perfil-del-profesional>
18. Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry. Teaching Guides Degree in Nursing (2018). [Internet] University Complutense of Madrid. 2020 [cited 2020 Aug 18]. Available form: <https://enfermeria.ucm.es/estudios/grado-enfermeria2020>
19. Fisher TD, and Hall RG. A Scale for the comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their parents. *The Journal of Sex Research*. 1988; 24: 90-100. Available from: [doi: 10.1080/00224498809551400](https://doi.org/10.1080/00224498809551400)
20. Diéguez Ruibal JL, Castedo AL, Sueiro Domínguez E, and López Sánchez F. Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2005; 74: 46-56. Available form: <https://docplayer.es/82922282-Propiedades-psicometricas-de-la-escala-de-actitudes-hacia-la-sexualidad-atss-ampliada.html>
21. Caron SL, Davis CM, Halteman WA, Stickle M. Predictors of condom-related behaviors among first-year college students. *Journal of Sex Research*. 1993. 30(3): 252-259. Available from: <https://doi.org/10.1080/00224499309551709>
22. Sierra JC, Rojas A, Ortega V, Martín Ortiz JD. Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2007; 7:41-60. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2305078>
23. Díaz Rodríguez I, Gil Llarío MD, Morell Mengual V, Salmerón Sánchez P, & Ruiz Palomino E. Actitudes hacia la sexualidad: ¿difieren las personas con discapacidad intelectual de la población general. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2016; 1(1): 235-242 Available form: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851776027.pdf>
24. Diéguez, J, Sueiro, E, López, F. Actitudes y conductas sexuales [Doctoral dissertation] Vigo: Universidad de Vigo; 2007. Available from: <https://docplayer.es/23946482-Actitudes-y-conductas-sexuales-diequez-jl-sueiro-e->

lopez-f-facultad-de-ciencias-de-la-educacion-universidad-de-vigo-campus-de-ourense.html

25. Sierra, JC, and Gutiérrez-Quintanilla, JR. Estudio psicométrico de la versión salvadoreña de la Double Standard Scale. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2007; 83: 23-30. Available from: http://www.editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=282&t=cuadernos&y=2007&m=Julio-Agosto-Septiembre%202007&num=83
26. Alonso-Martínez, Laura; Heras-Sevilla, Davinia; Fernández-Hawrylak, María. Creencias sobre la Educación Afectivo Sexual en los estudiantes de Ciclos Formativos sanitarios y sociosanitarios. Evidentia. 2021; 18: e12825. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ev/e12825>
27. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Clavijo-Chamorro MZ, Ramos-Morcillo AJ, López-Rodríguez MM, et al. Young Nursing Student's Knowledge and Attitudes about Contraceptive Methods. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020;17(16):5869. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17165869>
28. Sharon D, Gonen A, Linetsky I. Factors influencing nursing students' intention to practice sexuality education in their professional work. American Journal of Sexuality Education. 2020; 15(2), 262-278. Available from: <https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1724223>
29. Kaplan Serin E, Alp Dal N, İkde Öner, Ö. The Communication Skills and Empathic Tendencies of Nursing and Midwifery Students to Reproductive Pattern Section of the Care Plan. Sex Disability. 2020; 38, 161–171. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09587-2>
30. Carvalho MCMP, Queiroz, A B A, Ferreira MA, Moura MAV, Pinto C B, Vieira BDG. Ineffectiveness of information and access to health services: vulnerability to human papillomavirus. International nursing review. 2019; 66(2), 280-289. Available from: <https://doi.org/10.1111/inr.12500>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia

ANEXO IV.

ESTUDIO IV. Understand sexual risk behaviours in young adults and challenges in their education

Instructions for authors, subscriptions and further details:

<http://qre.hipatiapress.com>

Understand Sexual Risk Behaviours in Young Adults and Challenges in their Education

Laura Alonso-Martínez¹, María Fernández-Hawrylak¹, Davinia Heras-Sevilla¹ & Delfín Ortega-Sánchez¹

1) Department of Educational Sciences, University of Burgos, Spain.

Date of publication: June 28th, 2021

Edition period: June 2021 – October 2021

To cite this article: Alonso-Martínez, L., Fernández-Hawrylak, M., Heras-Sevilla, D., & Ortega-Sánchez, D. (2021). Understand Sexual Risk Behaviours in Young Adults and Challenges in their Education. *Qualitative Research in Education*, 10(2), 172-203. doi:10.17583/qre.2021.6996

To link this article: <http://dx.doi.org/10.17583/qre.2021.6996>

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE

The terms and conditions of use are related to the Open Journal System and to [Creative Commons Attribution License](#) (CC-BY).

Understand Sexual Risk Behaviours in Young Adults and Challenges in their Education

Laura Alonso-Martínez
Universidad de Burgos

María Fernández-Hawrylak
Universidad de Burgos

Davinia Heras-Sevilla
Universidad de Burgos

Delfín Ortega-Sánchez1
Universidad de Burgos

(Received: 05 November 2020; Accepted: 25 June 2021; Published: 28 June 2021)

Abstract

Sexual risk behaviours are considered sexual conducts that can cause biological, psychological and social damage. Therefore, sexuality education is considered the only effective way to avoid it. This project aims to understand sexual risk behaviour factors and their consequences in young adults and to explore strategies they would use to face them. To answer these questions, we conducted a qualitative study in which we interviewed 11 young adults using an asynchronous mail technique due to the Covid19 pandemic. We also carried out a thematic analysis and developed our key results: 1) Sexual attitudes and behaviours; 2) Sexual risk factors, 3) Sexual risk consequences; and 4) Educational approach and strategies. Similarities in the themes were verified with previous literature, exposing the importance of learning to identify factors and consequences to respond appropriately. Participants believe that comprehensive and egalitarian sexuality education applied at individual and community level is a solid method that can improve sexual health and well-being. To conclude, this study reveals the importance of listening to young adults' perspectives towards these conduct variables and educational approaches in order to establish global health strategies that could be based on these results.

Keywords: consequences, sexual attitude, sexual behaviour, sexuality education, risk factor, young adult

Comprender las Conductas de Riesgo Sexual en Adultos Jóvenes y los Desafíos en su Educación

Laura Alonso-Martínez
Universidad de Burgos

María Fernández-Hawrylak
Universidad de Burgos

Davinia Heras-Sevilla
Universidad de Burgos

Delfín Ortega-Sánchez1
Universidad de Burgos

*(Recibido: 05 de noviembre de 2020; Aceptado: 25 de junio de 2021;
Publicado: 28 de junio de 2021)*

Resumen

Las conductas de riesgo sexual se consideran conductas sexuales que pueden causar daños biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, la educación sexual se considera la única forma efectiva de evitarla. El objetivo de este estudio cualitativo es comprender los factores de las conductas sexuales de riesgo y sus consecuencias en los adultos jóvenes y explorar las estrategias que utilizan para enfrentarlos. Se entrevista a 11 adultos jóvenes utilizando la técnica de correo asincrónico debido a la pandemia de la Covid19. Se desarrollan los resultados clave a través de un análisis temático: 1) Actitudes y comportamientos sexuales; 2) Factores de riesgo sexual; 3) Consecuencias de riesgo sexual; y 4) Enfoque y estrategias educativas. Las similitudes de los temas se verificaron con la literatura previa, exponiendo la importancia de aprender a identificar factores y consecuencias para responder adecuadamente. Los participantes creen que la educación sexual integral e igualitaria aplicada a nivel individual y comunitario es un método sólido que puede mejorar la salud y el bienestar sexual. Este estudio revela la importancia de escuchar las perspectivas de los adultos jóvenes sobre estas variables de conducta y enfoques educativos para establecer estrategias globales de salud que podrían basarse en estos resultados.

Palabras clave: adulto joven, consecuencias, comportamiento sexual, educación sexual, factor de riesgo

Sexuality is a main aspect of being human and it can be considered the experience of being sexed, formed by biological, psychological, and sociocultural variables such as sex, gender, sexual orientations, pleasure, and socio-affective relationships. It is also influenced by political, economic, and historical dimensions (Simon, 2017). Human sexual development is bounding to the life experiences and it is exhibited through attitudes, behaviours, beliefs, roles, fantasies and desires (Cacciatore et al., 2019).

This conception is ratified in the current WHO definition of sexual health as “*a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality*” (WHO, 2006, p.5). This definition does not focus solely on preventing the transmission of sexual diseases, but is capable of holistically encompassing the understanding of lived experiences; the importance of guaranteeing freedom, security and respect for sexuality; and the search for international organizations that protect sexual health by ensuring the fulfillment of universal sexual rights (Schick et al., 2010). In the international context, investment in and promotion of sexual health, sexual education and gender equality are increasingly important (UNESCO, 2018).

Nowadays, World Association for Sexual Health (WAS) and United Nations approved in 2014 the Universal Declaration of Sexual Rights, among which we would like to emphasize those based on non-discrimination or the right to education and health (WAS, 2014). Hence, people have the right to live a healthy sexuality, fulfilling the duty to respect others. These universal rights and duties are protected by different world health organizations and must be the benchmark by which local, national, and international institutions are guided to guarantee social welfare (UNESCO, 2018). Nevertheless, the proper way to evaluate these sexuality experiences is through the sexual attitudes and behaviours exhibited (Cacciatore et al., 2019).

Background

Sexual Attitudes and Behaviour

Attitudes towards sexuality are sexual predispositions developed throughout life experiences and sociocultural norms, composed of affective,

cognitive and behavioural traits (Lin & Lin, 2018). Sexual positive dispositions are known as erotophilic attitudes and, conversely, the negative dispositions are known as erotophobic (Balzarini et al., 2020). Presently, some of the most negative sexual attitudes are sexism, homophobia, and transphobia. Consequently, sexual behaviour is the action conducted based on the cognitive and affective evaluation of sexuality (Hubert et al., 2020). Thus, to change negative sexual behaviours it is necessary to involve the corresponding attitudes. These constructs have been researched at different stages and social groups with special incidence in adolescents and vulnerable collectives. However, in order to develop ecological validated interventions, it is essential to consider factors from different life stages, such as early years and professional training (Walker, 2014).

Sexual Risk Behaviour and Educational Approach

Sexual risk behaviours are sexual conducts that can cause physical, psychological and/or social harm (Meader et al., 2016). The most studied ones have been biological behaviours related to Sexually Transmitted Infections (STIs), unprotected sex, premature sexual relationship, or unwanted pregnancy (Benotsch et al., 2013). However, WHO (2019) has explained that strategies conducted to avoid these behaviours are insufficient due to it estimates that more than 1 million STIs are acquired every day. These diseases are mostly transmitted by risky sexual contact (vaginal, anal, and oral) without using condom as a protective barrier method (WHO, 2019). For instance, Kann et al. (2018) evaluation within the CDC (Centers for Disease Control and Prevention) showed that the prevalence of sexual risk behaviour in the United States is present in 55% of the population. These results would be related as well to data obtained by the WHO (2019), the CDC (2016) and the Public Health Agency of Canada (2015), which detected an increase in STIs and sexual risk behaviours among the population. Nevertheless, the European ratio of new cases of HIV in Europe per 100,000 inhabitants is 5.1 and it has been decreasing between 2009 and 2018, and this is also the case for Spain and the United Kingdom, although both countries have higher ratios (6.4 and 6.7 respectively) than the European average (European Center for Disease Prevention and Control, 2019).

Hence, their factors are varied and complex to analyse, including sociocultural, generational, knowledge, attitudinal and personal variables (Benotsch et al., 2013), such as those listed in Table 1.

Table 1.
*Factors influencing risk behaviours and their consequences*¹

Variables	Risk behaviours factors and consequences
Sociocultural	Sexual discrimination and violence in favour of heteropatriarchy and heteronormativity. Greater adherence to male roles associated with higher risk behaviours. Oversexualization in the media. Lack of education and egalitarian healthcare by social group and country. Dysfunctional families, insecure attachment related to sexual risk.
Generational	Initiation of negative attitudes and behaviours.
Childhood and adolescence	Pressure on first sexual encounter and negative vision towards sexuality. Feeling of power and impunity when believing that they know more due to its easy access through Internet.
Adulthood	Looking for partner satisfaction. Maintaining toxic conducts and jealousy as a positive aspect. Undesirable pregnancies and infertility.
Vulnerable groups	Adolescents, people from the LGTBIQ+ Community, disabled, elderly, drug addicts and sex workers Greater presence of unfairly negative sexual stereotypes. Sexuality invisibility of disabled and elderly.
Individual	Culture (religion), age, sex, and gender. Personality: good emotional control associated with lower sexual risk behaviours. Alcohol and drug consume.

Finally, there are different factors that increase sexual risk behaviours and have psychological, biological, and social consequences (Schick et al., 2010). The content taught in sex education is highly variable worldwide. The International Conference on Population and Development has repeatedly called on governments to improve equitable access to health and education programs. These existing inequalities by country continue to be marked and negatively influence the health of their residents. In low- and middle-income countries, sex educational measures are in some cases non-existent, continue to be subject to policies of sexual abstention or based on the religious morality of nations that has prevailed, compared to more professionalized and individualized approaches, although its main purpose of these strategies is usually to prevent STIs (Meador et al., 2016).

Several studies support that Sexuality Education through a biographical and professional model is the most feasible method available to guarantee significant positive changes towards healthy sexual experiences (Grose et al., 2014). Educational proposals from this approach should start from the population analysis of sexual knowledge, attitudes, and behaviours to conduct integrative and transversal interventions that are individually and collectively appropriate from a perspective focused on Global Health (Jamison et al., 2013). These programs also must be contextualized at a sociocultural level and ensure the promotion and recognition of human sexual rights (European Expert Group on Sexuality Education, 2016).

Research Gap

Young adults (19 to 39 years) can inform about their sexual behaviours from a retrospective view after their transition from adolescence to adulthood, and they can also reflect on their sexual initiation conducts with greater maturity, evaluating their strategies to reduce these behaviours (Lambie & Price, 2015). Additional long-term knowledge of their sexual life can be identified through their professional practice or the behaviours transmitted to their offspring. According to WHO (2019), educational strategies are insufficient because they are subject to the sociocultural norms and negative preconceptions of sexual intercourse such as the sin, as consequence, these conducts are globally increasing, and young adults have a higher prevalence of unprotected sex and STIs. Despite substantial amount of research focused on evaluating conducts of adolescents and their

families, we cannot fully identify sexual risk behaviour without understanding young adult views (Cook et al., 2016). Nonetheless, most of these studies follow a quantitative method, showing a limitation in their in-depth exploration (Kjellgren, 2019). Thus, this project is based on an epistemological theory, as it identifies opinions about sexual risk behaviour in young adults from different countries. The theory is underpinned in constructivism, which explains that reality depends on its social construction and it can be associated in multiple ways with cultural perspectives (Pringle et al. 2016).

Therefore, in this study, we explore risk behaviours in young adults who have already had sex, asking about factors, consequences, and strategies (mean making). The aim is for us to obtain a deeper understanding of factors and consequences of sexual risk behaviours views in young adults and to explore the educational approaches they would use to prevent it. With that in mind, we developed the research questions: What are the risk factors that influence the performance of sexual behaviours that are harmful to health?, what are the consequences derived from such risk behaviours?, what is the meaning that young adults give to sexual behaviours? and what strategies would young adult use to prevent these behaviours?

Materials and Methods

Approach

An empirical phenomenological qualitative approach is adopted to develop a shared description of the essence of the participants' experience (Hernández et al., 2014). To resolve these research questions, as it allows us to collect information, to identify actions of our own reflexivity and to assume human development in a sociocultural context (Nadal et al., 2015). This approach allows us to understand people from a perspective focused on their context, guaranteeing a direct exchange between researcher and participants and contributing to building knowledge in sexual behaviour (Braun & Clarke, 2019).

Participants

We recruited 11 participants between 21 to 38 years (mean=28.5, $SD=5.46$), of whom 9 were females and 2 males (opportunity sample). Their gender identity was cisgender and their sexual orientation was heterosexual. Interviewees needed to be young adults, to have had sexual intercourse and to come from different sociocultural contexts to analyse in depth more heterogeneous cultural samples. Another requirement was to speak English. All these requirements are important because the sexual experience that these young adults have had allows us to understand how risky sexual behaviours are understood and dealt with in an individual way and consider how they have been influenced by certain educational contexts in different countries. Table 2 summarises participant demographic information, and relevant variables from the study. For anonymity, all participants' names have been replaced to safeguard their confidentiality.

Table 2.

Participant demographics and personal details (n=11)²

Name	Sex	Age	Nationality	Marital status	Religion	Occupation
Jane	Female	32	Bulgarian	Married	Orthodox	Psychologist/ postgraduate/mother
Alice	Female	30	Czech	Cohabitation	Agnostic	Innkeeper/postgraduate
Chloe	Female	31	Japanese	Married	Shintoism	Waitress/student/mother
Katie	Female	23	British	Single	Orthodox	Teacher/postgraduate
April	Female	28	Egyptian	Married	Islam	Psychologist/ postgraduate/mother
Dana	Female	38	Chinese	Married	Agnostic	Lawyer/Mother
Rachel	Female	21	Indian	Single	Taoism	Counsellor/postgraduate
Ruth	Female	25	Spanish	Cohabitation	Catholic	Nurse/postgraduate
Johana	Female	24	Vietnamese	Single	Buddhism	Biotechnology/ postgraduate
Daniel	Male	36	Spanish	Married	Catholic	Counsellor/father
Mark	Male	25	Spanish	Cohabitation	Catholic	Videogame programmer

Procedure

This study was carried out in Newcastle Upon Tyne (UK) and the samples were collected by one of the main researchers taking advantage of the fact that she was doing a research stay in that city. The researchers found it enriching and a great opportunity to be able to conduct interviews in a context with such cultural richness, not present in their locality of origin. Sexual behaviours, as opposed to attitudes, have been considered similar in different cultures and hence the researchers' interest to analyse in this sample. The study was favorably reported by the Northumbria University ethics committee and data was collected during spring of 2020. The sample participants were obtained via announcement at the university where the study was approved and at Newcastle Council adult schools. Once interviewees agreed to participate, they were contacted by phone to explain the study and to resolve any question, then the researchers sent an email with the participant and debrief sheet and interview questions ([Annex 1](#)) to those participants who met the requirements. The interviewees who voluntarily decided to participate sent us the responses and their signed consent forms. The emails were sent to 20 possible participants, of which 7 answered in the first round, after which a second round of emails was sent, only receiving 3 responses. Finally, only 1 participant answered in the last round.

Therefore, an interview guide was designed to explore their approach towards sexual behaviours. This guide was structured into the ensuing sections: 1) Demographic information; 2) Sexuality Knowledge; 3) Factors and consequences approaches of sexual risk behaviour; and 4) Strategies to prevent it. The interviews lasted approximately one hour, as the researcher asked the participants to report how long it took them to complete. The data collection, due to COVID-19 situation, was gathered through asynchronous email interview, since all the participants, except one, did not speak English as a mother language, so they felt less shame and more comfortable responding the interviews in writing ([Ratislavová & Ratislav, 2014](#)). Considering the context and that written answers allow the interviewee to have more time flexibility and feel more confident about this controversial topic, it was decided to do all the interviews following this technique to give conformity to the collection ([Opdenakker, 2006](#)). This data collection technique is constrained in obtaining information through non-verbal and

paralinguistic language (Meho, 2006). Hence, to overcome these limitations, participants were asked to give us feedback on how they felt during its performance and they could ask questions; this information was added to analysis data (Ratislavová & Ratislav, 2014).

Data Analysis

All interviews were transcribed by the participants and collected through the researcher emails and then, a thematic analysis was conducted using the AQUAD program. The thematic analysis used in this study has a constructionist approach focused on the way in which topics have been build (Clarke & Braun, 2014). However, this analysis has also had an experiential perspective, because it aims to capture experiences and perspectives of how participants feel. The researchers developed an initial coding framework based on the dataset reflection and the analysis of previous literature. Hence, data were interpreting using the 6 stages of codification by Braun and Clarke (2006). The author familiarised with the data, through an intensive reading and rereading, facilitating the understanding of the transcript's information. This actively allowed initial codes to be generated thanks to the comparison between the collected data from which repeated information patterns appeared. Before obtaining higher order codes from our final topics, these were reviewed and refined with the general dataset. Then, once these final themes were identified, this process involved reviewing, defining and naming the themes and finally producing the report (Braun & Clarke, 2019). The topics obtained were agreed upon by all the researchers. To improve reliability, themes and codes were monitored closely during its process (Guest et al., 2012). This process has the benefit of granting flexibility and was suitable for analysing the data (DeCuir-Gunby et al., 2011). The focus of this analysis was on how young adults had a decisive vision towards the factors and strategies to reduce risk behaviours. This final analysis led to the development of our key results explained below.

Results

Our analysis revealed a large amount of important approaches in which young adults understand sexual risk behaviours, but more significantly

shows how to help develop strategies to avoid these conducts. We reflected and presented our key results under these four sections: 1) Sexual attitude and behaviour (Key concept definition); 2) Sexual risk behaviour factors (Multiple variable approach), 3) Sexual risk behaviours consequences (Biological, psychological and sociological) and 4) Educational approach and strategies (methodology and tactics). These themes and subthemes categorisations were obtained inductively during the analysis and represented the dataset, see Table 3. Overlapping themes were also interpreted based on the stage that we felt was most suitable. Each theme had implications about adults' perspectives on these behaviours, addressed below. To understand the complex relationship between sexual risk behaviours showed in this table, a thematic map (Figure 1) has been designed to expose the link and influences between these conducts.

Table 3.

Themes and subthemes²

Themes	Subthemes
1) Sexual attitude and behaviour knowledge	Attitude definition. Behaviour definition. Sexual risk behaviour definition. Relationship between the terms
2) Sexual risk behaviour factors.	Generational and ages: Adolescent and young people more vulnerable. Lack of maturity. Peer pressure (friends and partners). Social media and easy access to knowledge by Internet. Curiosity for sexual experiences. Multiple partners. Sex, gender, and sexual orientation: Men more sexual risk behaviour, not worried about pregnancy. Gender differences in sexual pleasures. Social norms. Heteropatriarchy and heteronormative (Sexism, gender violence, Homophobic and Transphobic). Sociocultural: Historical social change of the sexual norms.

continue

Table 3.

Themes and subthemes (continuation)

Themes	Subthemes
2) Sexual risk behaviour factors.	Lack of resources. Lack of education. Not understanding the contraceptives target. Inequalities by country and status. Environment around, friends, neighbourhood. Negative vision about fantasies, masturbation, and sexuality. Personal factor (Individual): Life experiences. Fun life Human existential crisis. Beliefs. Fear to be punished by God (Hell). Personality. Low esteem. Emotional control Family education and their sexual approach. Dysfunctional families. Mental disorders. Consumption of drugs and alcohol Combination (Real context).
3) Sexual risk behaviours consequences.	Biological: STIs, unwanted pregnancy and infertilities. Psychological: trauma, humiliation, mental disorder, upbringing problems, stigma internalised, adolescent mother, feeling worthless, lack of trust in others and being more at risk of mental health conditions. Sociological: Taboo, lost friends, family, work, sexual illness stigma and prejudice, education (more conservative more restrictions), strict sociocultural norms, serial monogamy is accepted, sexual abuse, gender violence, kid responsibility and maintaining of heterosexist norms

continue

Table 3.

Themes and subthemes (continuation)

Themes	Subthemes
4)Educational and strategies approach	Educational approach: Combination between parents, community, and school education. Scientific approach. Being reactive with the sexual behaviour problems. Integral, holistic and transversal approach (biological and psychological transversal). Teaching factors and consequences. Teaching to use resources in a scientific way. Comprehensive education. Health education must be compulsive. Strategies: Government education/Public Health. Children, adolescent and parent education. Analyses individually. Individual advice. Show good role models. Professional advice. Psychologist, teacher, and doctors. Reducing sexuality taboo and prejudice against it. Normalize Sexuality's nature. Avoid sexuality constraint educator to speak about sexual education. Try to have a good communication (school, children and parents) Increase esteem and affection. Psychological education. Evaluate sociocultural differences. Social media interventions. Sexual abuse support and other healthy sexual networks Reducing sexual risk behaviour through combined intervention in school, parents, and social. Different educational and strategies perspectives: Adolescent education. Early stage education and continued for life. Adolescent start and continue at university. Concern all the population. Sex education: religious and non-scientific education never in the school/ Teach in a religious moral.

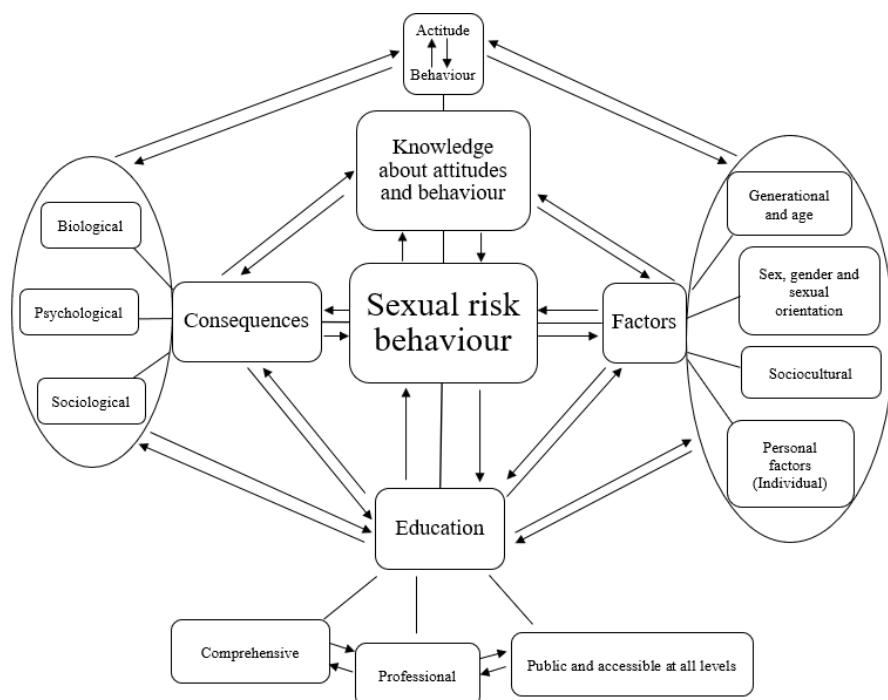


Figure 1. Thematic map²

Sexual Attitude and Behaviour

Overall, we identified that participants understand these terms, except for Jane and Dana who chose not to answer. Interviewees similarly defined sexual attitude such as approaches, opinions and beliefs and behaviour as an act, for example:

“Attitude is a belief that you might have about a certain aspect/thing. Behaviour is an action that may be based on your attitude/belief/desire.” (Daniel)

They have also found relationships between these constructs, exposing that behaviours are based on the attitudes, shown below:

“In my understanding, I think attitude is one’s mental perception and opinion towards a social situation, individual etc while behaviour is their physical reaction which may or may not be in response to their attitude. For example, if one’s attitude towards homosexuals is negative, they might produce homophobic behaviour towards homosexuals.” (Rachel)

Finally, interviewee defined sexual risk behaviours as harmful health conducts such a Mark explained:

“A behaviour could imply sexual risk if it can compromise the sexual health, or even the overall health of the person. For instance, having sexual relationships without any contraceptive measure could be dangerous for those participating, including transmitting STDs.”

Sexual Risk Behaviour Factors

Participants showed there are multiples interrelated factors, explained below in four subtopics. However, the most repeated have been the adolescence risk and toxic substances consumption coinciding with social media determinants.

Generational

Participants explained that generational change has given a greater sexual freedom and increased sexual risk behaviours. However, they added that it was not that the previous generation knew more, but that these conducts were controlled by strict social norms.

“I think older generations generally have the mindset of having one sexual partner and may have married when they were very young so this may decrease the chance of sexual risk behaviour.” (Katie)

Moreover, adolescents and young people are considered the most vulnerable group because they are in a maturity stage. Interviewees explained that these groups are exposed to greater group pressures (virginity lost), drug consume and Internet overexposure:

“Being under the influence of alcohol or substances also can put one at risk of sexual behaviours due to the level of fluctuating capacity and engaging in acts one would not if sober. Pressure from society and friends can also influence one’s behaviour towards engaging in risky sexual behaviour. I believe that younger people from late teenage and early 20s are more likely to be “adventurous” and engage in sexual risky behaviour than mature people.” (Daniel)

“I think adolescent girls are particularly at risk due to peer pressure. Internet use is more common amongst adolescents and girls may turn to the internet to seek advice and this may not be the right advice for their age, or they may be at risk of seeing content that is not age-appropriate”. (Katie).

Sex, gender and sexual orientation

Participants considered that women are more vulnerable (sexist societies) and explain that they seek to please men. For example, they exposed an idea that men have less pleasure with condoms and women use contraceptives to satisfy them and to protect against the pregnancy:

“So, with them, if they think pleasure comes first or think women should always have contraceptive pills with them, then they may be don’t want to use the condom anymore. I heard men think it can compromise their pleasure. Hmm...about women, I think many women feel that if they ask for protection during sex, they will risk upsetting their partners, at least in Asia I think this quite common, so they will follow their partners’ suggestion. I think most of women still choose to address pregnancy by themselves by using contraceptive products.” (Johana)

“I believe men may be less concerned about consequences since they cannot get pregnant, in many cases not assuming responsibilities related with undesired pregnancies.” (Mark)

Participants exposed that sexist attitudes are decreasing, although they emphasize their existence. Interestingly, an interviewee explained the

existing masculinized vision in making female sexuality invisible and controlled:

“And nowadays if you suffer sexual abuse and gender violence (sexism) most of the countries punish that. However, women enjoy the same during sexual intercourse without preservative, because they have pleasure in the clitoris.” (Ruth)

Another aspect recognized by the participants was that LGTBQ+ community is vulnerable to this risk due to heterosexist attitudes:

“I think people who are considered as sexual minorities are more likely to engage in sexual risk behaviours. For example women and people from the LGBTQ+ communities.” (Rachel)

Sociocultural factor

In this categorization, participants included health and education inequalities between countries and status. They also explained the influence of the environment and religion:

“It could happen when people don’t get adequate education about the risk or simply, it could just happen in poor communities/countries as they might find hard to gain materials (eg, sexual protection) to protect them from sexual diseases or to prevent having unwanted child.” (Cloe)

Personal factors

Interviewees highlighted personality traits and mental health conditions that influenced the emotional positive control and self-esteem:

“It has a lot of factors, like taking drugs, drinking a lot of alcohol or also disorders like a disorder in their personality or even a mental disorder. If the mother and father have disorders, they might have an impact on their children.” (April)

“Predatory sexual approaches by older men who prey on vulnerable, younger women (teenagers and young adults). I think this happens a lot all over the world but especially in poorer

countries, where money is means of coercing young women into relationships and sex.” (Jane)

Another aspect indicated was lived experiences such as crises, dysfunctional families or drug use, among others:

“Or even older people if they are facing any crises divorces or something they may act a bit silly.” (Alice)

“I think people who engage in risky sexual behaviour from a young age may have a lack of social/family support and may not feel able to speak to anyone about what is acceptable and so they are more vulnerable to peer pressure.” (Katie)

Sexual Risk Behaviours Consequences

Participants have expressed the sexual risk behaviour consequences in three different dimensions being biological, psychological and social. At biological, they mentioned the STIs, unwanted pregnancy and infertilities:

“Physiologically, may be infected with STD, pregnancy for women, even cause fertility problem in the future. Psychologically may cause trauma.” (Dana).

At a psychological level, the impact described by the interviewees is very varied, exposing the possible development of mental health conditions based on lived experiences (sexual abuse, unwanted motherhood, sexual illnesses stigma or having unhealthy relationships), that will affect the sexual development. Moreover, they considered that social networks can contribute to increase humiliation and trigger depression and even suicide:

“Aw that’s a lot I think. So many diseases and mental health problems as well as humiliations. Unfortunately, there is so much these days that people can get from people by having sex. And people talk about it on social media at school and I don’t know where else which affects one’s mental health and then people laugh at you and I have seen people committing suicides because they couldn’t take it. So it could have so many bad effects.” (Alice).

“Psychological consequences: low self-esteem, feeling worthless, lack of trust in others and being more at risk of mental health conditions.” (Daniel).

At a social level, interviewees referred to heterosexist behaviour maintenance, taboo, and stigmatization of sexual behaviours and diseases. They also explained that the repercussion of these behaviours could cause friendship and job loss:

“I think sexual risks are a highly prejudiced issue which does not have enough discussion in daily conversation. I think sexual risks should not be treated with that kind of prejudice and stigma.” (Rachel).

“Stress, traumatic life, and people talk...so on. It can ruin many things, like self-esteem, or career, or future...It can damage relationships with friends and family as well. Hmm...and of course, you can get some disease via intercourse too but I think many people neglect that fact.” (Johana).

Educational and Strategy Approach

Most of the participants believed in a comprehensive and professional educational approach between the school, community and family. They also believed that sexuality education must include biological, psychological and sociological perspectives and to teach how to use the available resources, such as Internet:

“There should be educational programs in schools, in the community and at a family level to help address such behaviour. The optimal age should be informed by research and the county or region-specific data.” (Jane).

“I think the education when I was at school and now are different, but sexuality education needs to cover how sexual risk behaviour will affect people’s life physically, mentally and financially.” (Cloe).

The most considered strategy was providing public sexual education to children, parents and educators. Furthermore, they explained that individual perspectives and professional advice are necessary. They suggested the sexuality process must be naturalised and reduce its prejudices. They also indicated that an education based only in biological aspects is not enough, sociocultural and psychological variables should be added:

“My advice would be to move forward, try to analyse what exactly went wrong and avoid the same mistakes. To be a good role model and influence other people who might be prone to face sexual risk behaviour” (Jane).

“For my opinion, the most important thing is to understand and communicate more with adolescent children in the family. Sex is a normal physiological need, do not avoid talking about this topic with them. We should help them better to understand sexual knowledge, sexual safety education and the serious consequences of sexual risks.” (Dana).

“I think that we must give more a psychological approach because the attitude and behaviour are mental things. You should speak with a professional that can help you and always you must think in your safety and in yourselves” (Ruth).

Finally, we found participants discrepancies regarding the start of sexual education, some participants considered that it was necessary to start it as early as possible and others from adolescence, but all believed that it should be continued for life:

“As early and naturally as possible. It doesn’t necessarily need to be in an educational setting as parents or guardians of the children have a crucial role to protect their children from the risk behaviour too” (Cloe)

“Probably around 15-16 because they start exploring and going out and drinking and so they need to know how bad it can be. Definitely at school would help however that could have bad effect as well cause if you talk in front of everyone, they will all laugh and so. So maybe somehow individually if possible. Or parents could

tell them or groups at school only like 5-6 people so they can have proper conversations about it and ask questions” (Alice).

“I think theses programs should be taught at all of the ages however, adolescence age might have the most effect for this behaviour.” (April).

However, other controversially topic was religious sex education explicitly reject or accept as appropriate:

“I would try to avoid trusting in educators that show biases (religious, political...etc.) as their views will probably conflict with proper educational values”. (Mark).

“Humanitarian/religious lessons which emphasise importance of sex and its significance” (Daniel).

Discussion

The study began with a focus on understanding sexual attitudes and behaviours in young adults to answer the research questions. Firstly, we talked about key sexual behaviour terms from an approach focused on addressing how they build their knowledge towards the sexual constructs that guide their behaviour (Hubert et al 2020). Participants explained attitude as a predisposition and behaviour as an act, connecting these terms by understanding that attitudes toward sexuality determine behaviours. These conceptualizations are similar to those interpreted by Lin and Lin (2018). However, most of the studies focused on studying sexual risk without delving into the terminology preconception, not considering that it cannot initiate behavioural change if these assumptions are not recognised (Kaufman et al., 2019). Sexual risk behaviours were identified as harmful conducts and related mainly to drug use, adolescence, and STDs, coinciding with the most media factors (Wagenaar et al., 2018). Nevertheless, with the same age and educational level as in our sample, greater sexuality knowledge is assumed due to the experiences lived (Hubert et al. 2020). For that reason, we identified understanding inequality of these concepts among participants (Walker, 2014).

Secondly, in the second and third themes identified, participants have explicitly answered the first research question. During the data analysis, the complexity of the topic and the similarities of perspectives between participants from different ages and sociocultural backgrounds was fairly surprising. Consequently, the most identified sexual risk factors were age, sex, sociocultural experiences and personality, coinciding with the themes identified in the study in young adults of Wagenaa et al., (2018). Sexual behaviour is stable across generations, but the degree of social pressure to conform to norms is constantly changing, a vision that was shared by the participants (Comfort, 1990). Nonetheless, adolescence was understood as the transition to adult sexual behaviours (Kjellgren, 2019). This subtheme and the harmful peer influence (negative social pressure from family, friends and/or couple) is shared with the study by Ndumiso et al., (2016). Nevertheless, focusing only on adolescence and forgetting other life stages was considered a social risk factor (Walker, 2014). Therefore, these findings suggest a maintenance of sexual prejudices. For instance, stereotypical male sexuality extolls these conducts, encouraging men to have more partners, be unfaithful and seek his sexual self-satisfaction (Pringle et al., 2017).

At a socio-cultural level, according to the WHO (2019), the most vulnerable populations continue to be women, children, people from LGBTQ+ community and drug users. In relation to this subtheme, the negative impact on sexuality due to inequalities by country and status have emerged in the study (Ndumiso et al. 2016). As predicted from previous literature, there has been an invisibility of sexuality in disability and old age and also a lack of knowledge about erotophilic sexual satisfaction (Balzarini et al., 2020). Finally, personal factors are difficult to assess since they are influenced by individual lived experiences, biological, psychological and social variables (Wagenaar et al., 2018). Participants recognized the relationship between factors and their biological, psychological, and social consequences (Lawal & Olley, 2017). However, the key aspect that emerged from this study is the explicit explanation of stigma and taboo towards these behaviours, tending to blame and marginalize the people who suffer from it (Mudhovozi, 2011). A high knowledge level about factors and consequences of sexual risk behaviours was appreciated, but this training may not be enough if people do not

recognise how to identify them in order to respond appropriately (Ndimiso et al., 2016).

Our last theme responds to the second research question in which participants have explained strategies to prevent these behaviours. Interviewees have explicitly proposed the necessity of a comprehensive sexuality education at cognitive, social and psychological level during the sexual development (Stevens et al., 2013). In this sense, themes identified coincided with those of the study by Paiva and Silva (2015) in which it was found that young people recognised the need for more sexuality training not only focused on a clinical content, requesting psychological perspective and the respect for rights and duties. Therefore, young people realize that they need more knowledge about healthy sexual relationships (Wagenaar et al., 2018). Some participants are also parents, thus they highlighted a comprehensive education that includes parents, community and the school (Steadman et al., 2014). Another emerging idea to end inequalities is the consideration of an accessible professional biographical education based on care at an individual and social level (Castillo et al., 2018). There is a worldwide debate on its implementation and the models to follow, such as those proposed by the participants. However, sexuality education is increasingly considered as a priority, adapted to the sociocultural context, regulated in the curriculum, implanted at an early age, continued for life and away from religious morals, focusing on respect for Human Rights (Parker et al., 2009).

Finally, sexual risk behaviours factors, consequences, and strategies to avoid it are explored in a more realistic way, being able to identify explicit information that was limited with quantitative scales (Wagenaar et al., 2018). Hence, the study showed that the participants reflected and wanted to become more aware of issues related to their sexuality and education, which may lead to awareness about these issues (Mudhovozi 2011). From the project's point of view, we are asking ourselves if the majority model of quantitative evaluation towards sexual risk behaviour and strategies are the most appropriate, since a combined approach is needed to make sex education a priority that listens to young adults's needs and improves their sexual health and well-being.

Study strengths contributed to the understanding and construction of information about risky sexual behaviours in young adults, and these findings can be used as resources to establish educational strategies.

Participants stressed that it is important to end inequalities in access to health and education. They also consider it necessary to implement a comprehensive professional education at all levels, coinciding with results evaluated in the previous literature. Furthermore, to establish credibility by using the written data collection technique, participants have checked their transcripts (Lincoln & Guba, 1985). Finally, the data analysis followed the stages of Braun and Clarke (2006) recommended for thematic analysis, whereas the interviews were conducted using same technique and in a time period of one month to avoid possible spatial and temporal biases (Ruiz, 2012).

Study limitations are that participants do not represent the general population since they are highly educated people and the majority are studying in the fields of education, psychology or law, being limited to transfer them to other contexts. Also, it does not include sexual minorities views. Sample is not homogeneous by sex and country and would require different participants and new interviews to eliminate these biases (Burns, 2010).

In future studies, it would be necessary to follow these recommendations with a larger number of participants in order to be able to explore the sociocultural differences that help to propose global strategy plans to effectively decrease sexual risk behaviours. In addition, it would be advisable to continue understanding in depth the sexual behaviour trends and their reasons on a personal level and to evaluate the perspectives that sexual minorities have towards these same aspects in order to have a closer vision of reality. Therefore, it would be interesting to use these recommendations to create educational interventions that help develop programs at the local, national and international levels.

Conclusions

To conclude, knowledge of sexual risk behaviour is mostly positive and high. This study reveals how young adults point to inequalities in their environment, gender and age as main factors. Furthermore, the importance of naturalising sexuality through a comprehensive, public, professional and individually and collectively adapted education that respects human rights. Finally, from these results, social strategies could be developed that consider antecedents of integral sexuality in the sociocultural context.

In this project, the academic backgrounds of authors play their part. The authors have previously investigated sexual risk, sexual behaviours and attitudes and sexuality education from a quantitative and qualitative perspective. This approach gives researchers a broad and critical vision of the phenomenon to be studied (Hernandez et al., 2014).

Notes

¹Own elaboration from Benotsch et al. (2013), Meader et al. (2016) and WHO (2019).

²Own elaboration.

References

- Balzarini, R. N., Shumlich, E. J., Kohut, T., & Campbell, L. (2020). Sexual attitudes, erotophobia, and sociosexual orientation differ based on relationship orientation. *The Journal of Sex Research*, 57(4), 458-469. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1523360>
- Benotsch E.G., Snipes D.J., Martin A.M., Bull S.S. (2013). Sexting, substance use, and sexual risk behaviour in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 307-313. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.011>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Burns, E. (2010). Developing email interview practices in qualitative research. *Sociological Research Online*, 15(4), 24-35. <https://doi.org/10.5153/sro.2232>
- Cacciatore, R., Korteniemi-Poikela, E., & Kaltiala, R. (2019). The Steps of Sexuality—A Developmental, Emotion-Focused, Child-Centered Model of Sexual Development and Sexuality Education from Birth to Adulthood. *International Journal of Sexual Health*, 31(3), 319-338. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1645783>
- Castillo-Nuñez, J., Derluyn, I., & Valcke, M. (2018). Young people's expressed needs for Comprehensive Sexuality Education in

- Ecuadorian schools. *Sex Education*, 18(1), 14-31.
<https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1374941>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Sexually transmitted disease surveillance 2015*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/std/stats>
- Clarke, V., & Braun, V. (2014). Thematic analysis. In T. Teo (Ed.), *Encyclopaedia of Critical Psychology* (pp. 1947–1952). Springer.
[http://www.springerreference.com/docs/navigation.do?m=Encyclopaedia+of+Critical+Psychology+\(Behavioural+Science\)-book162](http://www.springerreference.com/docs/navigation.do?m=Encyclopaedia+of+Critical+Psychology+(Behavioural+Science)-book162)
- Comfort, A. (1990). Has sexual behaviour really changed with time?. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 10(5), 351-356.
<https://doi.org/10.3109/01443619009151215>
- Cook S.H., Watkins D.C., Calebs B.J., & Wilson P.A. (2016). Attachment orientation and sexual risk behaviour among young Black gay and bisexual men. *Psychology & Sexuality*, 7(3), 177-196.
<https://doi.org/10.1080/19419899.2016.1168312>
- DeCuir-Gunby, J. T., Marshall, P. L., & McCulloch, A. W. (2011). Developing and using a codebook for the analysis of interview data: An example from a professional development research project. *Field Methods*, 23(2), 136-155.
<https://doi.org/10.1177/1525822X10388468>
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. (2019). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019–2018 data*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2019-2018-data>
- European Expert Group on Sexuality Education. (2016). Sexuality education—what is it?. *Sex Education*, 16(4), 427-431.
<https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1100599>
- Goldman, J. D., & Bradley, G. L. (2001). Sexuality education across the lifecycle in the new millennium. *Sex Education*, 1(3), 197-217.
<https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1100599>
- Grose, R. G., Grabe, S., & Kohfeldt, D. (2014). Sexual education, gender ideology, and youth sexual empowerment. *The Journal of Sex Research*, 51(7), 742-753.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2013.809511>

- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied thematic analysis*. SAGE Publications.
<https://dx.doi.org/10.4135/9781483384436>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). Mc. Graw Hill.
- Hubert, M., Bajos, N., & Sandfort, T. (2020). *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe: Comparisons of national surveys*. Routledge.
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., ... & Ghosh, G. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 382(9908), 1898-1955.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., ... & Lim, C. (2018). Youth risk behaviour surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(8), 1-114.
<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1>
- Kaufman, M. R., Grilo, G., Williams, A., Marea, C. X., Fentaye, F. W., Abebe Gebretsadik, L., & Yedenekal, S. A. (2019). The intersection of gender-based violence and risky sexual behaviour among university students in Ethiopia: a qualitative study. *Psychology & Sexuality*, 11(3), 198-211.
<https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1667418>
- Kjellgren, C. (2019). Perspectives of young adult males who displayed harmful sexual behaviour during adolescence on motive and treatment, *Journal of Sexual Aggression*, 25(2), 116-130.
<https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1563647>
- Lambie, I., & Price, M. (2015). Transitioning youth with sexually harmful behaviour back into the community. *Journal of Sexual Aggression*, 21(2), 244–265. <https://doi.org/10.1080/13552600.2013.873829>
- Lawal, A. M., & Olley, B. O. (2017). Psychosocial factors predicting risky sexual behaviour among long distance truck drivers in Lagos, Nigeria. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 14(1), 213-221. <https://doi.org/10.1080/17290376.2017.1405838>
- Lin, Y. L., & Lin, Y. C. (2018). Effectiveness of the sexual attitude restructuring curriculum amongst Taiwanese graduate students. *Sex Education*, 18(2), 140-156.
<https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1410698>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.

- Meader, N., King, K., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., ... & Sowden, A. J. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*, 16(1), 657. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3373-6>
- Meho, L. I. (2006). E-mail interviewing in qualitative research: A methodological discussion. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57(10), 1284-1295. <https://doi.org/10.1002/asi.20416>
- Mudhovozi, P. (2011). Unsafe Sexual Behaviour, Reasons for Consequences and Preventive Methods Among College Students. *Journal of Psychology in Africa*, 21(4), 573-575. <https://doi.org/10.1080/14330237.2011.10820499>
- Nadal, K. L., Davidoff, K. C., Davis, L. S., Wong, Y., Marshall, D., & McKenzie, V. (2015). A qualitative approach to intersectional microaggressions: Understanding influences of race, ethnicity, gender, sexuality, and religion. *Qualitative Psychology*, 2(2), 147. <https://doi.org/10.1037/qup0000026>
- Ndumiso D. N., Sibusiso M., Thobile Z., Jamila K. A., & Suresh B. N. K. (2016). Qualitative evaluation of selected social factors that impact sexual risk-taking behaviour among African students in Kwazulu-Natal, South Africa, *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 13(1), 96-105. <https://doi.org/10.1080/17290376.2016.1218792>
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research. In Forum qualitative sozialforschung/forum: *Qualitative Social Research*, 7(4). Art. 11. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0604118>.
- Paiva, V., & Silva, V. N. (2015). Facing negative reactions to sexuality education through a Multicultural Human Rights framework. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.015>
- Parker, R., Wellings, K., & Lazarus, J. V. (2009). Sexuality education in Europe: An overview of current policies. *Sex Education*, 9(3), 227-242. <https://doi.org/10.1080/14681810903059060>
- Pringle, J., Mills, K. L., McAteer, J., Jepson, R., Hogg, E., Anand, N., & Blakemore, S. J. (2017). The physiology of adolescent sexual

- behaviour: a systematic review. *Cogent social sciences*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1368858>
- Public Health Agency of Canada. (2015). *Report on sexually transmitted infections in Canada: 2012*. Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/surveillance-epidemiology-sexually-transmitted-infections-hep-b-c/report-2012/report-on-sexually-transmitted-infections-canada-2012-8.html>
- Ratislavová, K., & Ratislav, J. (2014). Asynchronous email interview as a qualitative research method in the humanities. *Human Affairs*, 24(4), 452-460. <https://doi.org/10.2478/s13374-014-0240-y>
- Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2012). *Theory and practice of qualitative research*. (5th ed.). Deusto University.
- Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S. A., Dodge, B., Middlestadt, S. E., & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behaviours, condom use, and sexual health of Americans over 50: implications for sexual health promotion for older adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 315-329. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02013.x>
- Simon, W. (2017). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. (2nd digital ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315129242>
- Steadman, M., Crookston, B., Page, R., & Hall, C. (2014). Parental attitudes regarding school-based sexuality education in Utah. *American Journal of Sexuality Education*, 9(3), 347-369. <https://doi.org/10.1080/15546128.2014.944737>
- Stevens, S., Thompson, E. M., Vinson, J., Greene, A., Powell, C., Licona, A. C., & Russell, S. (2013). Informing sexuality education through youth-generated anonymous questions. *Sex Education*, 13(1), S84-S98. <https://doi.org/10.1080/14681811.2013.781020>
- UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2018). *International technical guidance on sexuality education. An evidence informed approach* (2nd digital ed.). UNESDOC. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>
- Wagenaar, C., Florence, M., Adams, S., & Savahl, S. (2018). Factors influencing the relationship between alcohol consumption and risky sexual behaviour among young people: A Systematic Review. *Cogent*

Psychology, 5(1), 1-26.

<https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1483049>

WAS – World Association for Sexual Health (2014). *Declaration of sexual rights*. <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>

Walker, L. J. (2014). Sex differences in moral reasoning. In W.M. Kurtines, J. Gewirtz & J.L. Lamb (Eds.), *Handbook of moral behaviour and development*, (pp.333-364). Taylor and Francis.

<https://doi.org/10.4324/9781315807287>

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*.

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/

World Health Organization. (2019). *Sexually transmitted infections (STIs)*.

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Laura Alonso-Martínez is Predoctoral Fellow of the Department of Educational Sciences, Educational Faculty, University of Burgos, Spain. ORCID: [0000-0001-5425-5090](#)

María Fernández-Hawrylak is Senior Lecturer of the Department of Educational Sciences, Educational Faculty, University of Burgos, Spain. ORCID: [0000-0002-7222-587X](#)

Davinia Heras-Sevilla is Lecturer of the Department of Educational Sciences, Educational Faculty, University of Burgos, Spain. ORCID: [0000-0002-6337-7476](#)

Delfín Ortega-Sánchez is Vice Chancellor for Social Responsibility, Culture and Sports and Senior Lecturer of the Department of Specific Didactics, Educational Faculty, University of Burgos, Spain. ORCID: [0000-0002-0988-4821](#)

Contact Address: Laura Alonso-Martínez, Universidad de Burgos, Facultad de Educación, c/ Villadiego, 1, 09001 Burgos, España. Email: lamartinez@ubu.es

Annex 1

Interview Questions. Exploring Sexual Risk Behaviours in Young People

Sexual risk behaviour

1. What is your understanding of the attitude and behaviour terms?
 - a) What behaviour and attitude do you consider of sexual risk? And which do you think happens more frequently?
 - b) What relation do you find between this concept and the age?
2. Could you explain what you think about the principal factors that influence people to take sexual risk behaviours?
 - a) Could you explain different factors by generation (adolescent, young adult, adult or older)?
 - b) Could you explain different factors by sex (adolescent, young adult, adult or older)?
3. Why do you consider that people have sexual risk behaviours?
4. What biologic and psychologic consequences do you think are derived from having sexual risk behaviours?

Lived opinion and experiences about sexual risk behaviour

5. What kind of programs do you think should be taught for avoiding this behaviour and in what age?
 - a) Why do you have this educational approach?
6. What would you advise a person who had to face sexual risk behaviours?
7. How would you improve sexuality education considering your experience?

Closing the interview

8. Anything I have missed that you think is important?
9. How long has it taken you to answer these questions?

Please do not hesitate to contact us if you have any questions
Will email you when the article was finished.

ANEXO V.

ESTUDIO V. English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes towards Trans People (EANT)

Article

English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes towards Trans People (EANT)

Laura Alonso-Martínez ^{1,*} , Davinia Heras-Sevilla ¹ , María Fernández-Hawrylak ¹  and Simon Forrest ²

¹ Department of Educational Sciences, Faculty of Education, Didactics and School Organization Area, Universidad de Burgos, Calle Don Juan de Austria, s/n, 09001 Burgos, Spain; dheras@ubu.es (D.H.-S.); mfernandez@ubu.es (M.F.-H.)

² Department of Sociology, Durham University, Durham DH1 3LE, UK; simon.forrest@durham.ac.uk

* Correspondence: lamartinez@ubu.es

Abstract: (1) Background: Negative attitudes towards sexual minorities are widespread in our society. The Scale of Negative Attitudes towards Transgender people (EANT) has been tested in Spanish-speaking countries in order to assess its applicability as a measure of harmful predispositions towards trans individuals. Understanding these predispositions is important because of transformations in the rights of people in terms of respect for gender diversity. (2) Methods: For the validation of this scale, an online survey was developed and distributed to 362 UK university students aged 18 to 45 years ($M = 21.43$, $SD = 3.42$). The sample was randomly divided in half, carrying out the exploratory factor analysis for the first 180 students and performing the confirmatory factor analysis for the remaining 182. (3) Results: The validation of this unifactorial instrument in English was obtained, with a high internal consistency ($\alpha = 0.810$) that suggests high applicability to measuring this construct, as well as showing expected relationships with typical variables (HATH, TIBS, gender, sexual orientation, religion and education). (4) Conclusions: This study assesses attitudinal tendencies and reveals how sexual prejudice is still implicit in our societies and makes the stigmatisation and discrimination of trans people visible. These findings support the development of strategies to tackle these predispositions.

Keywords: negative attitudes; transgender person; prejudice; gender identity; scale validation; higher education



Citation: Alonso-Martínez, L.; Heras-Sevilla, D.; Fernández-Hawrylak, M.; Forrest, S. English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes towards Trans People (EANT). *Sustainability* **2021**, *13*, 3760. <https://doi.org/10.3390/su13073760>

Academic Editors: Carina Soledad González-González, Alicia García-Holgado and Rebecca Strachan

Received: 5 February 2021

Accepted: 23 March 2021

Published: 28 March 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Sexuality is fundamental to human identity and experience. It is understood to include sex, gender, sexual orientation, affectivity, social relationships, sexual pleasure and reproduction considered from a personal and sociocultural perspective [1]. Human sexual development is connected to life experiences and is exhibited through attitudes, behaviours, beliefs, roles, fantasies and desires and it is highly influenced by political, economic, cultural and historical factors [2–5]. Gender identity is considered a complex process that contributes to the building of our sexuality in relation to the search for pleasure, security, gender roles and the social norms of a given cultural framework. Gender formation is related to our understanding of the wide diversity of gender identities that exist, including, amongst others trans identities [2–4].

1.1. A Conceptual Framework for Understanding Negative Attitudes towards Transgender Individuals

The term “trans” can be understood in relation to identities, conceptions of life and of corporal expression that reject assumptions of a binary sexual difference as the matrix that determines sexuality scripts [4]. Trans identity is a collective term to refer to those individuals who do not identify with the gender (expression, roles and/or behaviour) assigned to them at birth based on their biological sex, including transgender and gender

non-conforming people [6]. In recent years, movements have emerged that champion the human rights of trans people. Many are explicitly political in nature and are seeking to have legislative demands made by the LGBTIQ+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual, Queer and +, which indicates the inclusion of a broader range of identities not represented in this abbreviation) communities reflected in reformed and new laws [4]. For instance, the adoption of the 2030 Agenda for Sustainable Development seeks to ensure that no one is left behind in the face of the growing commitment to public health and the well-being of gender minorities, including trans people, who are identified as comprising between 0.3% and 0.5% (25 million) of the world population [7].

Despite advocacy and some instances of social, legislative and policy change, gender minorities have often seen, and continue to see, their rights violated. Their sexuality has been subject to problematisation and stereotyping because it has been conceptualised in relation to cisgenderism and the heteronormative regime that regulates sexual and affective relationships in our society [8–11]. Cisgenderism refers to the imposed political and socioeconomic regime that considers cisgender identity (a person who identifies with the gender assigned to them at birth based on their sex) as the only or only legitimate gender. Heteronormativity refers to the regime that considers heterosexuality as the only legitimate sexual orientation [11]. Cisgenderism and heteronormativity are linked such that cisgender identity and heterosexual orientation are widely considered to be of a higher order and value than other identities and orientations. In this sense, any gender and sexual identity that violates this socio-culturally imposed norm is liable to be discriminated against and may be prosecuted or persecuted for being transgressive [11–14]. The LGBTIQ+ community fights against discrimination and prejudice, seeking greater visibility for and respect of their sexual rights and identities [15].

Prejudice can be defined as a negative bias that creates situations of disadvantage with respect to certain social categories. Prejudice has cognitive, affective, behavioural and attitudinal components and these are based on psychological and sociocultural variables. Prejudice must be considered a social problem that can lead to economic, educational and health inequalities and even be used to justify violence and murder [16–18]. Individuals belonging to gender minorities suffer discrimination, such as sexist violence, marriage bars and child adoption bans. These inequalities are interconnected with harmful stereotypes that are intentionally maintained and shared within societies [19]. This manifestation of hostility borne of traditional prejudice may be adapted to socio-political and historical contexts and lead to unfairly destructive behaviours towards members of minority groups [20]. Some of the most socially harmful sexual prejudices currently are sexism, homophobia and transphobia. There are large positive and significant correlations between these sexual prejudices [21]. Considering the fundamental ideas on which prejudices are based, it can be argued that discrimination against trans people is rooted in the justification and maintenance of cisnormative and heteronormative privileges over sexual minorities [11]. Thus, transphobia can be understood as the discomfort with or negative attitudes and/or behaviours towards transgender identity [14,22].

Because trans people break with the traditional conception of the dominant binary gender conception (cisgenderism) they are systematically and unfairly exposed to exclusions, repressions and other practices of personal, institutional and social harassment [11–13]. The maintenance of these discriminatory actions has been fuelled by medical and legal pathologisation that has stigmatised and sanctioned this identity [6]. This lack of respect for the diversity of gender identities continues to be visible in society, leading to feelings of oppression and vulnerability in this group, threatening their human rights and making it hard for them to freely and healthily enjoy their sexuality [23]. Because of transphobia, trans identities have, at best, been considered somehow incomplete and, at worst, identified as pathological conditions [24]. The World Health Organization (WHO) did not redefine until 2018, in the 11th edition of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) “transsexualism” and “gender identity disorder in children” as incongruities of gender in childhood, adolescence and adulthood, clearly

stating that they are not mental illnesses. This redefinition aims to focus on guaranteeing sexual rights and limiting discrimination against trans people [7].

Despite progress in the recognition of trans identities, there remains a relatively small body of research investigating attitudes towards trans people when compared to that concerning attitudes towards gay, lesbian or bisexual people [25]. Alongside the absence of empirical research, the lack of theories to contextualise explicative models for transphobia has also been noted. [26]. Recent studies have concluded that prejudice towards trans people is greater than towards the rest of the LGBTIQ + groups [27]. Clearly, in order to evaluate the social and sexual well-being experiences of trans people within a specific sociocultural framework, it is necessary to understand the attitudinal norms that surround them. Attitudes towards sexuality are sexual predispositions influenced by cultural norms and consist of affective, cognitive and behavioural elements [2]. Erothophobic attitudes towards trans identities and people can justify discriminatory behaviours, violence and even murder. For instance, Trans Murder Monitoring which is part of Transrespect versus Transphobia Worldwide (TvT) undertakes an ongoing comparative qualitative-quantitative research project initiated by Transgender Europe (TGEU) in which more than 150 countries participate. They have registered a total of 3664 deaths since it was implemented in 2009 to the present. As this organization indicates, these murders have increased from 2019 to 2020 by 6% from 331 to 350. Other studies indicate that the most negative attitudes are towards individuals and groups which are also additionally vulnerable. For example, trans women represent 98% of total deaths, 79% of deaths in the USA were black trans women, 62% were trans women prostitutes and 82% of the deaths occurred in Central and South America where Brazil registered 42% of the total deaths. These data are considered to be skewed by the underreporting of some of these deaths. In the United Kingdom, reported deaths due to transphobia have risen to 7 since 2009, considered approximately 1 per year [28]. However, the number of reported hate crimes motivated by someone's transgender lifestyle increased in England and Wales from 2019 to 2020, rising to 2451 complaints in 2020 [29]. The stigmatisation of trans individuals is being mobilised to justify violence exercised by radical and oppressive groups against this community [30]. Reducing prejudice is hampered by the lack of protection offered to different gender identities and sexual orientations worldwide.

Transphobia can comprise two types of attitudes, the manifest or direct and the subtle or indirect [31,32]. These prejudices being closely related to Glick and Fiske's theories of ambivalent sexism [26,33]. Manifest transphobia is considered to be associated with a hostile rejection which is marked by negative attitudes and behaviours expressed towards trans people. Subtle transphobia is an indirect way of devaluing and denigrating trans individuals. In the same way, there are manifest and subtle behaviours in relation to homophobia or biphobia [14,34]. Subtle predispositions in the United Kingdom are the most present and also more complex and challenging attitudes and behaviours to eradicate because they remain hard to detect. Those people with these predispositions may feign positive attitudes towards trans people [35]. There has also been a rise in transphobia emerging from the more conservative ideals associated with the TERF (Trans-Exclusionary Radical Feminist) movement. These arguments against trans people cannot be sustained from feminism because the trans movement helps to limit the dichotomy of sexual roles and, in fact, contributes to feminism by arguing for gender equality and further contributing to the richness of the diversity of human sexuality [36].

Not only do trans people experience negative attitudes resulting in stigmatisation and discrimination, but also the concomitant costs of that experience in terms of resisting them, and the serious consequences for their physical and mental well-being. Not surprisingly, trans people experience disproportionate rates of psychological distress. In a US national survey of 6456 trans adults, it was reported that 41% of respondents had attempted suicide. The national average is less than 2% [37]. The psychological processes that occur as a result of manifestations of transphobia can encourage this psychological discomfort. Certainly, Minority Stress Theory can be considered a relevant model to understand how the discrimination process affects trans people and to explain the psychological impact and influence

on the well-being of identity minorities. This model has been postulated from various psychological and social theories that are described as the relationship between the cost of the conflict that occurs between minority and dominant values in the social environment experienced by these minority groups [38]. This theory takes into account that stressors introduced in a hostile culture and with transphobic attitudes can cause trans people to develop coping mechanisms that could have a negative impact on their mental health. They include stress processes generated from lived experiences of prejudice, internalised transphobia, expectations of rejection, mitigating coping processes and concealment [39].

The maintenance and perpetuation of prejudice towards trans people can be studied through other group theories strongly related to development and personality variables. These can be explained via the Social Domination Theory (SDO), which argues that there is an establishment of hierarchies between social groups and that those who achieve power tend to ensure that it remains stable and perpetuates itself (e.g., cisgenderism privilege). This theory in turn is strongly related to the ideological variable “Right-Wing Authoritarianism” which demonstrates that people who adhere to these ideas tend to submit to the authority that they perceive as legitimate and stick with the established sociocultural rules and display hostility and seek to be punitive towards those that they consider do not comply with said norms. In this case, those norms can feed the unleashing of transphobic attitudes [40].

Thus, transphobic attitudes and their transformation into actions result in discrimination and stigmatisation which have a strong impact on the health of trans people. Given this fact, it is essential to undertake research that explores transphobic predispositions, their continuity and their transmission. [25].

As mentioned above, there is interest in theorizing and understanding different gender identities in order to develop interventions that can help future professionals to protect and to guarantee the rights of trans individuals and also make progress towards more inclusive and sustainable societies. According to Van Anders [14], the social movement that has started with the aim of limiting negative attitudes towards gender diversity is now causing us to begin to recognize and respect the existing trans people. Harbaugh and Lindsey [41] and Kwok and Wu [42] state that, due to the high levels of discrimination against trans people, it is necessary to learn to detect negative attitudes towards this gender identity. In addition, heterosexual and cisgender people continue to be the groups with the highest adherence to prejudicial attitudes towards trans individuals and among them cis and straight men rank higher in relation to other individuals [35].

In this study, we take into account transphobia in the context of young people’s university experience, since our sample is composed of undergraduates. Universities do not have sufficient means to overcome on their own the stigmatisation and marginalisation of trans people because cisnormative social norms continue and wider contextualising social change is lacking. However, LGBTIQ+ student associations are improving the quality and representation of these learners on campus, but academic changes that take into account the experiences of trans people continue to occur unevenly in university studies and they are mainly in areas of knowledge related to literature, audio-visual media, plastic arts, advertising, education and health [43]. This situation makes trans people opt for training spaces that are perceived to be safer and more respectful, choosing feminised careers such as education and nursing and studies related to art and humanities. In this way, engineering and socio-economic and legal sciences are perceived as less desirable fields of study due to the symbolic barriers to learning for trans people. Nevertheless, the problem lies mainly in its lack of detection, widespread misinformation and interventions in the university community aimed at reducing the negative attitudes of teachers and students [44].

This highlights the importance of identifying and developing reliable indicators that measure transphobic attitudes in order to support the training of individuals and the educational plans of organizations as they relate to the inclusion of trans people and reduction of transphobia. In addition, it is necessary to develop theoretical and psychometric instru-

ments sufficient and adequate to research the prejudices towards trans people in order to allow exploration and understanding of the opinions, knowledge, predisposition that the cisgender and heteronormative population holds towards gender minorities. This will enable the assessment of changes in the attitudinal dynamics associated with educational, social and political interventions and the incidence of transphobia [45].

1.2. Contextual Considerations for the Evaluation of Negative Attitude towards Trans People

Research on the explanatory factors for prejudice towards trans people is lacking and, as a consequence, there is little consensus on the means for measuring negative attitudes towards this group. This situation is related to a poorly defined conceptual framework for understanding the hatred that has been directed towards this community [6]. Probably, the most widely recognized instrument used to evaluate this construct is the Gender and Transphobia Ideology Scale (GTS), proposed by Hill and Willoughby [46]. This scale consists of 32 items that assess emotional rejection, violence, harassment and discrimination towards trans people, that is, it can be applied to transphobia and gender harassment in university populations. This scale is strongly and positively correlated with measures of homophobia, right-wing authoritarianism, religious fundamentalism, sexism, propensity for aggression and acceptance of the rape myth. However, an identified limitation of this instrument is that it fails to perform indiscriminate validity tests and lacks factorial analytical procedures [6,46].

Winter et al. [47] evaluated this construct in a cross-cultural way in seven countries, identifying as a limitation that it focused especially on predispositions towards trans women in university students, without including the rest of trans identities. Other studies in Sweden, such as those of Landén and Innala [48], analysed the opinions of 668 persons drawn from the general population, focusing on the reassignment of sex and the rights of this group. Although in this study they found a majority were supportive of the rights of trans people, the least support was expressed for the payment of health care costs during sex-transition (with 63% opposed) and the right of transgender people to adopt and raise children (with 41% opposed) [43]. The limitation of this study was that an integrated instrument was not developed, because the constructs were evaluated separately reducing the capability to draw causal attributions. In Latin America, Rottenbacher de Rojas [49] created a scale that related political ideology with homophobia and transphobia, but it is a scale more focused on evaluating prejudice towards sexual diversity than towards the trans community.

Other more recent scales dedicated to measuring negative attitudes towards trans people include the Transgender Attitudes and Beliefs Scale [50]; the Attitudes Towards Transgender Individuals Scale [51]; and the Transphobia Scale [52]. However, in the systematic review by Morrison et al. [53], it was found that these scales did not comply with the recommendations for the validation of scales, as they had only been developed through reviews of the literature, without taking into account experts in the area, and the audience or the interested parties to which they were targeted [54]. Finally, the most recent scale that measures negative attitudes towards trans people is the Transgender Knowledge, Attitudes and Beliefs (T-KAB) Scale. This comprises 22 items and has been a more rigorously developed instrument based on previous qualitative and quantitative research. However, it also comes with limitations associated with the lack of accounting for competent authorities on transgender matters, by focusing only on the white population of the United States without taking into account other minorities and by the long time that it takes to complete [50,55,56].

In general, in these studies, people with more unfavourable attitudes towards transgender people tended to be men more than women; heterosexuals more than LGBTIQ+ people, older people, of lower socioeconomic status, and with high levels of religiosity. These findings could support the indicator that these negative attitudes towards trans people are based on group prejudice [46–49]. For this, it is necessary to develop psychometric instruments that adequately measure negative predispositions towards trans people

as well as their relationship with the social, sociodemographic and political variables of the population.

In order to reliably assess and periodically measure the current attitudes of the population towards trans people, we sought to validate in English the Scale of Negative Attitudes towards Trans People (*"Escala de Actitudes Negativas hacia las personas Trans"*, EANT) of Páez et al [6]. This has previously been validated in Spanish in samples comprising of general populations and also university students. This scale has some evident strengths including that it is easy and quick to apply because it is made up of nine items that assess in a one-dimensional way the existing negative predispositions towards trans people. In this way, it is intended to address the deficiencies observed in other scales that seek to assess negative attitudes towards trans people because it has been developed with reference to a wide and exhaustive review of the existing literature, by experts on the subject, has an evidential basis in qualitative research and has greater ecological validity as it has been given to ethnic groups within a range of Spanish-speaking countries. In this study, we also intended to compare, by groups, the results obtained in order to discover whether they are similar to those evaluated in the previous literature and in the construction of this scale by Páez et al. [6]. The intention, therefore, is that this scale can reveal new ideas about how gender identity is perceived in today's society, based on the trends and structuring of this prejudice in order to monitor the advances obtained through educational and legislative recognition and in order to underpin interventions.

2. Materials and Methods

2.1. Design

This is a non-experimental, descriptive, cross-sectional and quantitative study based on a survey composed of standardised scales used to assess sexual behaviours and attitudes. The participants in this study were 362 university students from the United Kingdom. The outcome variables were those derived from the following three scales: the Scale of Negative Attitudes towards Trans People (EANT) [6], the Heterosexual Attitudes Toward Homosexuality Scale (HATH) [57] and the Transgender Inclusive Behaviour Scale (TIBS) [34]. In addition, the predictor variables were based on sociodemographic details: age, gender, sexual orientation, marital status, nationality, religious adherence, university field, training in sex education and parental education.

2.2. Participants and Procedure

The study population consisted of 362 participants aged 18 to 45 years ($M = 21.43$, $SD = 3.42$), of whom 228 identified with cisgender women, 119 cisgender men, 11 people with non-binary genders and 4 preferred not to say so. Respondents had to be university students to voluntarily participate in this study and be over 18 years of age. Due to the exceptional pandemic situation, the procedure was adapted to an online modality, thus abandoning the probabilistic criteria initially foreseen in the initial study design. The online questionnaire was approved by the Ethics Committee of the UK University involved in the study. The students were recruited online using an opportunistic sampling method, the links to the survey were sent to the students' email and completing it took approximately 12 min. Data was collected online for six months from 12 February 2020 to 18 August 2020. Finally, the data were collected, computerised and analysed through IBM SPSS 24.

2.3. Measures

The main aim of this study was to validate the EANT but concerns about negative attitudes and behaviours towards sexual diversity were also assessed. Thus, the study instrument was built using the Jisc Online Surveys Program (2020). This questionnaire was divided into four sections: section A contains seven self-elaborated questions on personal data such as age, nationality, gender, sexual orientation, marital status, religion and university course; section B contains four questions about sexual education received and opinions in relation to this training; section C contains the three standardised scales mentioned

above; and finally, section D contains two self-elaborated questions on comments and suggestions. Each respondent was informed that their participation would be anonymous, through a participant information sheet, consent form and a participant debrief.

The Heterosexual Attitudes Toward Homosexuality scale (HATH) was used to evaluate the manifest discrimination towards homosexuals through 20 items. It also significantly correlates with group pressure, religiosity and authoritarianism [56]. The responses are structured around a five-point Likert scale (1 = totally agree to 5 = totally disagree). This scale is very important for the validation of the EANT because it was used as a reference scale for its construction and for its convergent validation, due to its close relationship of constructs. Internal consistency in previous HATH studies was highly reliable with Cronbach's Alpha (α) = 0.92 in a sample of 200 university students [57]. In our study, we obtained excellent reliability with α = 0.96 and the mean score was 27.09 (N = 362, Min = 20, Max = 100 and SD = 12.01; a score close to the minimum, 20, indicates more attitudes positive towards homosexuality).

The Scale of Inclusive Behaviours towards Trans people (TIBS) [34] was used to assess inclusive behaviours towards transgender people and any enhancing effects of inclusive interventions that have been promoted today. This scale is considered a useful instrument to assess the inclusiveness of transgender people at the individual, group and community level. The scale of Kattari et al. [34] presented excellent reliability with an α of 0.93. In our study, excellent reliability was obtained with α = 0.95 and the mean score was 36.70 (N = 344, Min = 15, Max = 75 and SD = 14.81; scores close to the maximum, 75, indicate more inclusive behaviours towards trans people). However, this scale was not answered by 18 subjects who left it unanswered.

The Scale of Negative Attitudes towards Trans People (EANT, "*Escala de Actitudes Negativas hacia las personas Trans*") [6], is the scale that we aimed to validate in English in this research. It is used to assess negative attitudes towards transgender people and is similar to the Negative Attitudes Towards Homosexuality Scale (HATH) but focuses on negative predispositions towards transgender people. This scale is made up of nine items with Likert-type response options ranging from 1 = totally disagree to 5 = totally agree. Scores are obtained by adding the values of each of the items and range from 9 to 45 with higher punctuation indicating more positive attitudes and less prejudice towards trans people. Specifically, the presence of prejudice towards trans people is considered low in mean scores between 9 and 21, the presence of moderate prejudice between 22 and 34 and the presence of very transphobic attitudes between 35 and 45 [58]. In the study by Páez et al. [41], the reliability of the scale is good with an α of 0.90 in 173 university students. In our study, we obtained high reliability with α = 0.81 and the mean score was 17.24 (N = 362, Min = 12, Max = 41 and SD = 5.65).

2.4. Analysis

The results were explored before examining the normality of the characteristic data of the sample. A non-normal distribution was observed in the mean scores of the scales by performing the Kolmogorov–Smirnov test. This analysis revealed a $D(362) = 0.32$ $p < 0.001$ for the HATH; $D(362) = 0.21$ $p < 0.001$ for the EANT; and $D(344) = 0.09$ $p < 0.001$ for TIBS. However, according to other scientific studies, parametric statistics could be applied in larger sample sizes due to the robustness of these tests, even when there are slight differences in the distribution that do not follow the norms of normality [59–67].

One of the objectives of this research is to compare groups and clarify the possible relationships between their variables. For these purposes, the Student's t-test and ANOVA are considered for the comparison of independent samples and the Pearson correlations between the scores of the different scales. In our study, we consider the p values significant when this number is less than 0.05 and very significant when the values are less than 0.001 [59]. In relation to the effect of the sample size calculated for the t-test, the Cohen's d measure is used, which is interpreted considering that $d = 0.200$ will be a small size, $d = 0.50$ will be a medium size and $d = 0.80$ will be a long effect size [63]. The effect of sample size

calculated for the ANOVA test is calculated using the eta squared (η_p^2) which is interpreted considering that $\eta_p^2 = 0.01$ is a small size, $\eta_p^2 = 0.06$ is a medium size and $\eta_p^2 = 0.14$ is a long effect size [67]. The values of the correlations are considered small from ± 0.10 to ± 0.29 , medium from ± 0.30 to ± 0.49 and long to perfect from ± 0.50 to ± 1.00 [61].

3. Results

3.1. Piloting the English Version of the EANT

The objective of this study was to conduct a pilot of the EANT in a university population within the United Kingdom. The method involved carrying out a simple translation, the construct of which was analysed by experts on this subject and finally sent to British university students for validation. It is a Likert-type scale, with five response alternatives of ordinal measure from 1 to 5, where 1 expresses Strongly disagree, 2 Disagree, 3 Undecided, 4 Agree and 5 Strongly Agree. Of the nine items, item 1 is negatively stated so they must be inverted in the database. However, in the English version, if we presented the items following the version of the Anglo-Saxon Likert scales, we should invert all the items except item 1 because they are published in a different way than the Spanish context. The translated scale items and their final version are listed in Table 1.

Table 1. Scale of Negative Attitudes towards Trans People (EANT).

N°	Items
1 *	It is okay for a transgender person to adopt children.
2	Transgender people should not be able to teach in schools.
3	Sex with a transgender is not natural.
4	Transgender people are a threat to the family and to society.
5	Transgender people tend to be sexually promiscuous
6	It would be shocking to see a transgender person kissing.
7	It would bother me if my child is a transgender person
8	Transgender people are more likely than the rest of society to contract a sexual illness.
9	Transgender females are homosexuals dressed as women.

* Reverse item.

3.2. EANT Reliability and Validity

To conduct the initial exploration of the items that make up the scale, we opted for a cross-sectional experimental investigation. In the first phase, the items were translated after a pilot test with a group of undergraduate students; the scale was maintained with the nine items of the EANT. Subsequently, the exact same validation process that the author of this scale carried out was followed [6]. However, the wording was modified in some items where we determined that it could improve the precision of meaning. This was either because the words did not adapt to the British socio-cultural context or because they used complex expressions.

To establish its validity, we undertook an exploratory factor analysis (EFA) and a confirmatory factor analysis (CFA). As a research sample was available, it was randomly divided into two subsamples, in study 1 with the first sample, the EFA was applied to explore the factorial structure underlying the items and with the second sample, in study 2, we aimed to confirm the structure. The random division of the two subsamples consisted of selecting the first 180 subjects for the AFE and the remaining 183 constituted the second sample for the CFA. It is worth highlighting the adequacy of sample size for this analysis. The number of participants was 20 times larger than the number of variables or items.

3.2.1. Study 1: Exploratory Factor Analysis

The objective of the first study was to test the initial set of items to build a suitable instrument theoretically and psychometrically for the measurement of this construct. For this purpose, the reliability analysis and external validation were carried out. The participants were 180 students from a northern British University between 18 and 45 years old ($M = 22.19$, $SD = 4.36$), selected through an accidental non-random sampling. Of them, 119

identified themselves as female, 53 as male, 6 as non-binary genders and 2 people preferred not to answer.

Through this analysis, the dimensions of the EANT scale were investigated. The Bartlett sphericity test was performed and the Kaiser, Meyer and Olkin (KMO) sample adequacy measurement index was calculated, as well as the significance levels by principal components and Varimax rotation with Kaiser normalisation. These analyses are adequate to establish differences in the structure if there were underlying scales [6]. The minimum factor saturation limit was set at 0.40, we decided to omit all loads lower than this value. In relation to the items that presented a similar saturation in two or more factors, we proceeded to add them to those that saturated higher, considering the theoretical criteria. Subsequently, bivariate inter-item correlations were obtained to be able to observe the relationships between them. [68].

Finally, in the items retained by the EFA, the analysis of reliability and internal consistency of the suppressed items as well as the total of them was carried out. If there is an item that increases α and theoretically it is not well-founded, its elimination is suggested. To investigate the external validity, simple bivariate correlations were performed between the scale scores with sociodemographic study variables. These were evaluated taking into account the agreed-upon evidence in the previous literature [6] and the Pearson correlation index.

Reliability and Items Analysis of the EANT in Study 1

Table 2 shows the EANT internal consistency of the first subsample, the means, the variances of their nine-item and item-total correlation coefficients and α s of the deleted element in this subsample.

Table 2. Study 1: EANT internal consistency.

Item	M ¹	Var ²	CI-T ³	A ⁴
1/EANT1	12.88	40.67	−0.73	0.92
2/EANT 2	15.97	25.07	0.76	0.78
3/EANT 3	15.68	23.66	0.76	0.78
4/EANT 4	16.06	26.08	0.75	0.79
5/EANT 5	15.54	24.13	0.73	0.78
6/EANT 6	15.97	25.44	0.79	0.78
7/EANT 7	15.55	23.12	0.73	0.78
8/EANT 8	15.59	24.81	0.66	0.79
9/EANT 9	15.92	25.27	0.71	0.78

¹ M = mean scale (item deleted). ² Var. = scale variance (item suppressed). ³ CI-T = Item-total correlation. ⁴ α = Cronbach's alpha (element deleted).

As can be seen in these tables, the correlations obtained between each item and the corrected scores on the scale in all cases were much higher than 0.30. In accordance with the recommendations of Lábano et al. [69], in the selection process of items, those that differentiate the extreme groups or that have item-total correlations greater than 30 should not be eliminated [68]. In this case, no item had to be eliminated because they had significant correlations with the total of the scale and gave higher Alphas. In addition, this measurement instrument was analysed according to the original version validated in Spanish by Pérez et al. [6]. No component or factor was obtained that was not in the total calculation of the scale as in the previous literature. In this subsample of the EANT, a high internal consistency was obtained with $\alpha = 0.827$ and a mean correlation of the items of 0.33. Finally, the mean score of the first subsample of the EANT was 17.40 ($n = 180$, $Min = 12$, $Max = 36$ and $SD = 5.72$).

Exploratory Factor Analysis

EFA enables us to explore the set of latent variables or common factors that explain the responses to the items on this scale and to find composite dimensions formed by the

summarised information that is contained in the original variables. Prior to factoring, the KMO and the Bartlett sphericity test were performed [69]. Previously, the results obtained in the KMO show a high value of 0.93 which indicates that the idea of performing the factor analysis is good. On the other hand, the findings obtained in the sphericity test ($\chi^2 = 1170.163$, $gl = 36$, $p < 0.001$) reveal that there are significant relationships between the items and thus it is appropriate to perform the EFA.

The EFA returns a factorial solution composed of a factor (Table 3) coinciding with the validated scale of Páez et al. [6]. This component explains 65.87% of the total variance. All this indicates the convenience of maintaining the analysis of the construct of the one-dimensional version of the original scale.

Table 3. EANT component matrix.

Item	Components
	1
2	0.89
4	0.85
6	0.84
7	0.83
9 *	0.81
3	0.80
1	−0.80
5	0.76
8	0.72

* Reverse item.

Validity Analysis between Study 1 Variables

The results shown in Table 4 show the existence of a very high correlation between the scale that is intended to validate the EANT and the TIBS ($r = -0.54$, $p = 0.001$) and in turn, the HATH ($r = 0.79$, $p = 0.001$), which shows the relevance of its use to measure predispositions towards the evaluation of attitudes towards sexual diversity and is clearly related to instruments that measure inclusive behaviours. These results are important because to develop the EANT scale, its authors relied on the HATH items with which they considered it should correlate highly [44]. These findings indicate that positive attitudes towards trans people are related to more inclusive conduct and more homophilic attitudes. In relation to the previous literature, small correlations were found that indicated that there were more negative attitudes at an older age ($r = 0.17$, $p = 0.020$).

Table 4. Relationship between Study 1 variables.

	EANT	TIBS	HATH	EDAD
EANT	1			
TIBS	−0.54 **	1		
HATH	0.79 **	−0.33 **	1	
EDAD	0.17 *	−0.20 **	0.22 **	1

* $p \leq 0.050$, ** $p \leq 0.010$.

3.2.2. Study 2: Confirmatory Factorial Analyses

The second subsample consisted of 182 students from the northern British University between 18 and 28 years old ($M = 20.68$, $SD = 1.83$), selected through accidental non-random sampling. Of them, 109 identified themselves as female, 66 as male, 5 people with other genders (mainly non-binary) and 2 people preferred not to answer.

The CFA was performed because no missing values were found since respondents answered all questions. This analysis allowed for corroboration of the findings obtained in the EFA of study 1 [69,70]. To achieve this, the following statistics were taken into account, firstly, the Chi-square index (χ^2) that allows us to indicate the discrepancy between the

models developed and the covariance of the data. Furthermore, it is sensitive to sample size. Second, it is also necessary to consider the goodness of fit index (AGFI) that should present values greater than 0.90, the comparative fit index (CFI) that should exceed values of 0.900 and the quadratic error index that should be less than 0.80. Finally, it is important to consider the ratio between the index and the degrees of freedom of the model (CMIN/DF) being a value less than 3, which is considered to be a good fit of the model [6]. In addition, a maximum likelihood model was used and standardised estimators, indirect and direct total effects and covariance estimates were requested. The CFA was performed with the AMOS statistical software that is compatible with the SPSS program.

The unifactorial structure obtained without adjusting the modification indices presented a ratio value of the χ^2 statistic and the degrees of freedom considered not optimal ($CMIN/DF = 2.86$; $Df = 27$, $\chi^2 = 77.31$) and an $AGFI = 0.85$, a $CFI = 0.96$ and a $RMSEA = 0.10$, which are not entirely acceptable. The reagent estimates were significant and acceptable, that is, from 0.59 to 0.90 (see Figure 1). Figure 2 shows the CFA with a link between error e5 with error e8, which suggested the modification indices. The unifactorial structure obtained with this modification presented a ratio value of the statistic χ^2 and the degrees of freedom considered optimal ($CMIN/DF = 1.93$; $Df = 26$, $\chi^2 = 50.28$) and an $AGFI = 0.90$, a $CFI = 0.98$ and a $RMSEA = 0.07$, which are acceptable. The estimates of the items were significant and acceptable, that is, from 0.58 to 0.90. These results are very similar and even better than those obtained in the study of the original version by Páez et al. [6].

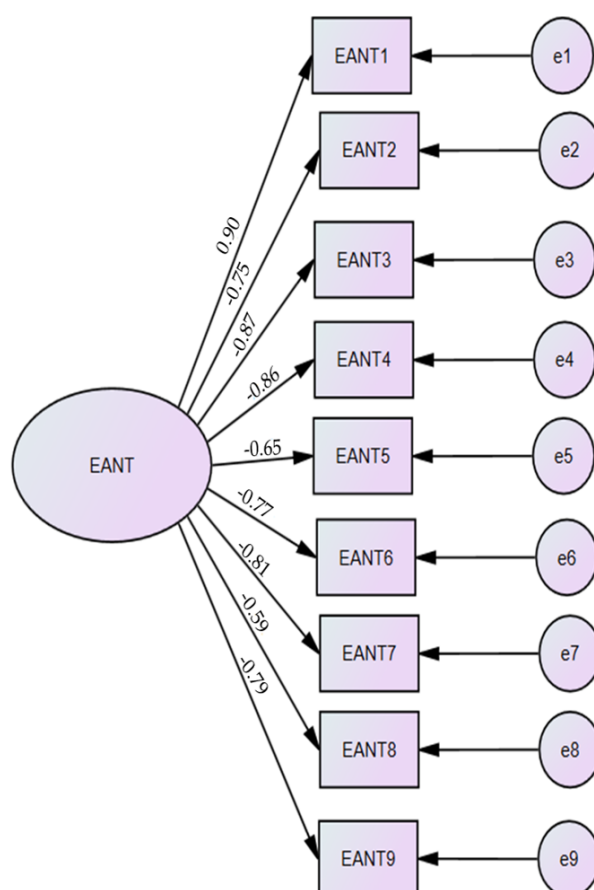


Figure 1. EANT Internal unifactorial structure. (Chi square = 77.13, $df = 27$, $p = 0.001$, $gfi = 0.91$, $agfi = 0.90$, $rmsea = 0.10$, $ifi = 0.96$, $tli = 0.94$, $cfi = 0.96$).

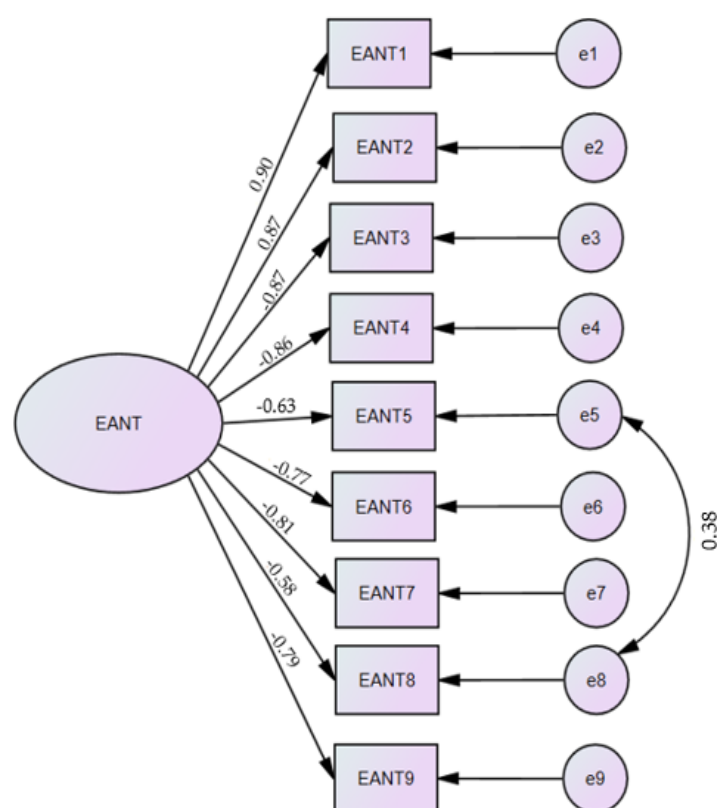


Figure 2. EANT internal factorial structure suggested by the modification indices. (Chi square = 50.28, $df = 26$, $p = 0.003$, $gfi = 0.94$, $agfi = 0.90$, $rmsea = 0.07$, $ifi = 0.98$, $tli = 0.97$, $cfi = 0.98$).

Reliability and Items Analysis of the EANT in Study 2

Table 5 shows the internal consistency of the EANT of study 2, the means, the variances, item-total correlation coefficients and α s of the deleted element in this subsample.

Table 5. EANT internal consistency of study 2.

Item	M ¹	Var ²	CI-T ³	A ⁴
1/EANT1	12.50	40.89	−0.87	0.91
2/EANT 2	15.71	24.41	0.65	0.75
3/EANT 3	15.46	21.67	0.80	0.72
4/EANT 4	15.70	23.40	0.82	0.73
5/EANT 5	15.32	23.76	0.64	0.75
6/EANT 6	15.74	24.87	0.73	0.75
7/EANT 7	15.21	21.10	0.68	0.74
8/EANT 8	15.33	23.76	0.59	0.76
9/EANT 9	15.63	23.60	0.75	0.74

¹ M = mean scale (item deleted). ² Var. = scale variance (item suppressed). ³ CI-T = Item-total correlation.

⁴ α = Cronbach's alpha (element deleted).

As can be seen in these tables, the correlations obtained between each item and the corrected score on the scale in all cases were greater than 0.30. In accordance with the recommendations previously exposed by Libano et al. [69], we preferred to continue using the original EANT analysed in the exploratory factor analysis, although when changing item 1 (inverse item), the Cronbach's Alpha of the scale changed substantially but it was decided not to eliminate any of the items since they had significant correlations with the total of the scale and the CFA confirmed their validation. In the EANT, an acceptable internal consistency was obtained with an Alpha of 0.79 and a mean correlation of the items of 0.30. Finally, the mean EANT score was 17.08 ($n = 182$, $Min = 13$, $Max = 41$ and $SD = 5.58$).

Validity Analysis between Study 2 Variables

The results shown in Table 6 show the existence of a very high correlation between the original scale (EANT) with the TIBS ($r = -0.54$, $p = 0.001$) and with the HATH ($r = 0.86$, $p = 0.001$), which shows the relevance of its use to measure predispositions towards sexuality and to be related to instruments that measure inclusive behaviours. These results are important because, as we have said previously, to develop the EANT scale, its authors based it on the items of the HATH with which they considered that it should correlate highly [6]. These findings indicate that positive attitudes towards trans people are related to more inclusive behaviours and more homophilic predispositions. In relation to the previous literature, a small correlation was found that indicated that there were more positive attitudes at an older age, ($r = 0.18$, $p = 0.01$). These results agree with the sample carried out in the AFE.

Table 6. Relationship between Study 2 variables.

	EANT	TIBS	HATH	EDAD
EANT	1			
TIBS	−0.54 **	1		
HATH	0.86 **	−0.42 **	1	
EDAD	0.18 *	−0.10	0.18 *	1

* $p \leq 0.050$, ** $p \leq 0.010$.

3.3. EANT Analysis in the Total British Sample

Although previously validated in Spanish, this scale has not been validated in English, so the internal consistency of the EANT in this British sample is analysed below. In addition, Table 7 shows the means and variances of the EANT, item-total correlation coefficients and Cronbach's Alpha of the deleted item in this entire population.

Table 7. EANT internal consistency in the total sample.

Item	M ¹	Var ²	CI-T ³	A ⁴
1/EANT1	12.69	40.70	−0.80	0.92
2/EANT 2	15.84	24.69	0.71	0.77
3/EANT 3	15.57	22.61	0.78	0.75
4/EANT 4	15.88	24.69	0.78	0.76
5/EANT 5	15.46	23.89	0.68	0.77
6/EANT 6	15.86	25.10	0.76	0.76
7/EANT 7	15.38	22.07	0.70	0.76
8/EANT 8	15.46	24.23	0.62	0.77
9/EANT 9	15.77	24.38	0.73	0.76

¹ M = mean scale (item deleted). ² Var. = scale variance (item suppressed). ³ CI-T = Item-total correlation.

⁴ α = Cronbach's Alpha (element deleted).

As can be seen in these tables, the correlations obtained between each item and the corrected scores on the scale in all cases were greater than 0.300. In accordance with the recommendations set forth in the previous scales [68,69], we preferred to continue using the version of the EANT [6] and it was decided not to eliminate any of the items, since they had significant correlations with the total of the scale and had been previously validated in Spanish, despite what was previously stated in item 1. A high consistency was obtained in the EANT internal with $\alpha=0.810$ and a mean correlation of the items of 0.322.

3.3.1. Comparison of Means and Nominal Variables of the Scale

At the same time and in order to discover the versatility of the scale, it is intended to compare the results of the scale following the process carried out by Pérez et al. [6] in which it was compared by groups to analyse variables of interest related to this construct. Table 8 shows the comparative analysis and means according to the t-test for independent samples,

in order to analyse differences in the responses of the scale by gender, sexual orientation, nationality, religious adherence and marital status.

Table 8. Differences by criterion variables in the British sample.

Variables		t	df	p	Cohen's d	
					d	95% CI
Gender, $M(SD)$						
Female 15.80 (4.10) $n = 228$	Male 20.06 (6.77) $n = 119$	−7.27	345	0.001 **	−0.82	−1.05, −0.59
Nationality, $M(SD)$						
British 16.37 (4.83) $n = 280$	Other nationality 20.19 (7.096) $n = 82$	−5.61	360	0.001 **	−0.70	0.95, −0.45
Sexual orientation, $M(SD)$						
Heterosexual 18.76 (6.28) $n = 214$	LGBTIQ+ 15.04 (3.61) $n = 148$	6.503	360	0.001 **	0.69	0.48, 0.91
Civil state, $M(SD)$						
Single 17.72 (5.80) $n = 246$	Other civil status 16.21 (5.19) $n = 116$	2.385	360	0.02 *	0.27	0.05, 0.49
Religion, $M(SD)$						
Believers 19.57 (7.11) $n=106$	Non-religious 16.30 (4.61) $n=254$	5.191	358	0.001 **	0.60	0.37, 0.83

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$.

In relation to the previous literature found, the scores on the scales indicated that of the groups of variables analysed, women, people from the LGBTIQ+ community, and non-religious people had fewer negative predispositions towards trans people with differences in the effect of size medium to large. Significant differences were also found by marital status, but these were small.

Table 9 shows the comparative analysis and means according to the ANOVA test for independent samples with more than two people in the groups, in order to analyse differences in the responses of the scale by branch of knowledge and university course. Attitudes towards trans people were more positive in Science, Health Sciences and Humanities students compared to the rest of the branches of knowledge.

Table 9. Differences by university field and course.

Variables						<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η_p^2
University Field <i>M(SD)</i>									
Humanities 16.46(4.99) <i>n</i> = 93	Social Science 18.20(6.04) <i>n</i> = 70	Science 15.46(3.71) <i>n</i> = 47	Health Science 16.96(5.14) <i>n</i> = 82	Engineering 19.71(7.58) <i>n</i> = 42	Other 17.61(6.17) <i>n</i> = 28	3.50	5, 361	0.004 *	0.05

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$.

Table 10 also shows the comparative analysis according to the ANOVA test for independent samples with more than two people in the variables based on the educational level of the mothers and fathers or legal guardians. Attitudes towards trans people were more positive in students whose mothers and fathers had a higher level of education, although positive attitudes were also found in students with parents with Level 1 education and more negative in those with Level 4 education.

Table 10. Differences by educational level of legal guardians.

Variables						F	df	p	η_p^2
Educational level of fathers or legal guardian, M(SD)						3.79	5, 358	0.002 *	0.05
Entry Level 24 (7.90) n = 5	Level 1 15.89 (4.90) n = 58	Level 2 17.63 (5.70) n = 94	Level 3 16.53 (4.90) n = 129	Level 4 18.96 (6.89) n = 59	Level 5 17.21 (5.83) n=14				
Educational level of fathers or legal guardian, M(SD)						4.62	5, 357	0.001 **	0.06
Entry Level 23.50 (5.83) n = 10	Level 1 16.2 (5.32) n = 73	Level 2 16.21(4.40) n = 86	Level 3 17.85 (5.89) n = 106	Level 4 18.23 (6.62) n = 64	Level 5 15.73 (4.58) n = 19				

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$.

Finally, these results suggest that the items are relevant to instrumentalise a measurement of sexual prejudice towards trans people because they are related to the variables analysed in the previous literature and factors related to their discrimination and social differences [6,68].

3.3.2. Construct and Criterion-Related Validity

The results shown in Table 11 show the existence of a very high correlation between the original scale (EANT) with the TIBS ($r = -0.54$, $p = 0.001$) and with the HATH ($r = 0.83$, $p = 0.001$), which shows the relevance of its use to measure predispositions towards sexuality and to be related to instruments that measure inclusive behaviours. These results are important because to develop the EANT scale, its authors relied on the HATH items with which they considered that it should correlate highly [6]. These findings indicate that positive attitudes towards trans people are related to more inclusive behaviours and more homophilic attitudes. In relation to the previous literature, small correlations were found indicating that there were more negative attitudes at older age, ($r = 0.16$, $p = 0.002$) and when education was imparted at a higher educational level ($r = 0.11$, $p = 0.046$) through non-scientific means ($r = 0.14$, $p = 0.006$).

Table 11. Relationship between study variables.

	EANT	TIBS	HATH	FES ¹	ESMC ²	EDAD
EANT	1					
TIBS	−0.54 **	1				
HATH	0.83 **	−0.38 **	1			
FES	0.11 *	−0.06	0.21 **	1		
ESMC	0.14 *	−0.16 **	0.11 *	−0.04	1	
EDAD	0.16 *	−0.18 **	0.20 **	0.06	0.08	1

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$. ¹ FES: Training level of Sex Education by academic stage. ² ESMC: Sex Education obtained from scientific means.

4. Discussion

The results of this study comprising an evaluation of the psychometric properties of the English version of the EANT demonstrate that it may be considered internally and externally validated. The findings obtained in its validation in English are very similar to those obtained by Páez et al. [6] with respect to its validation in Spanish, giving scientific

rigor to the evaluated construct. The EANT in this English version is also presented as a one-dimensional structure both when conducting the exploratory and confirmatory factor analyses and its reagents assess overt attitudes towards trans people.

Consistent with the previous literature, the differences between the means of the groups of study variables have been significant with medium to large effect sizes, indicating that gender, nationality, sexual orientation and religious adherence are discriminating variables of attitudes towards trans people. Nationality is an important variable because it is related to the legislative, educational and cultural variables of a country at a particular time [71,72]. In addition, large correlations were also obtained with other related constructs that measure negative predispositions towards homosexual people (HATH) and inclusive behaviours towards trans people (TIBS) [34]. These results are consistent with the findings obtained by Páez, Rabbia, Hevia and Pesci [58] that indicate that they are related to conservative attitudes in the social sphere and with various sexual prejudices such as those associated with sexual diversity and traditional gender identity. This study shows the transfer hypothesis indicated by Norton and Herek [73], which links prejudice towards the diversity of sexual orientations with prejudice towards trans and non-binary people.

In relation to the results obtained in the educational field, we can confirm the differences found by academic subjects, in which engineering and social sciences (economic and legal) students have shown significantly more transphobia than the rest of the humanistic academic specialties, science and health sciences, coinciding with other previously mentioned studies that have analysed this perspective [44]. As verified by the educational level of the family members, low training is also closely related to negative attitudes towards trans people. This indicates the importance of detecting negative attitudes in other areas such as in the family, at work or in the community in general [43,44]. Therefore, the understanding and detection of these attitudes is crucial to generating interventions appropriate to the context and to promoting gender formations that include trans people in all areas and initiating the change in the education sector that will allow the transfer to the rest of the environments [43]. Despite the fact that social networks and citizen predisposition is positive, the theoretical productions that can describe and explain negative attitudes towards trans people remain scarce and the approaches are inconsistent [73]. Therefore, it is necessary to use tools to facilitate evolution and understanding to reduce this bias. We consider the EANT scale of Páez et al. [6] validated in English to be an easy and quick resource to apply, as well as being useful in detecting negative attitudes towards trans people. It is a relevant instrument for the study of this social problem.

The strengths of this scale are that there are no adequate instruments designed to determine negative attitudes towards trans people in populations of different countries and in this case in English. Most of the new scales assess transphobia using factors related to behavioural inclusion, however, this instrument emphasizes the unfavourable predispositions present towards trans people [58,74–76]. We cannot measure inclusive behaviours if we do not know what the prejudices are that remain latent in society. This scale can enable the measurement of the sociocultural effects of educational measures and the changes in sociocultural norms including the enactment of laws related to the protection of gender diversity. As Páez et al. [6] have explained, it is necessary to understand its application in a variety of contexts, and with its validation in English, it can now become available to a very wide range of states and countries where English is spoken. In addition, this scale, as it consists of only nine items, is very easy to use and potentially integrate into both scientific and public opinion surveys. This would enable a much wider acquisition of information on this construct and subsequent analyses of the impact of changes in the social and legal recognition of different gender identities [76,77].

However, we did experience some strong reactions to the use of this scale. It is therefore recommended that in both the English and Spanish versions it is accompanied by clear information and a warning about its content. This is because some of the items may be perceived to be harmful and were experienced as difficult to read by some participants. Whilst not at all endorsing prejudicial views, the scale does ask for an evaluation of

them and this troubled some respondents. It is also recommended that all the items are formulated in an inverted way, that is, in a positive way as shown below in Table 12. This will contribute to combatting the stereotypes associated with transgender identity and to detecting negative attitudes in a more indirect way. This recommendation also applies to the Spanish version validated by Páez et al. [6]. However, we qualify this noting that the application of the scale must be adapted to specific sociocultural contexts that we intend to measure. For example, the original version may be appropriate for us with adults and cisgender people where it can be used to evaluate attitudes from more direct manifestations. Versions formulated in a positive way that measure prejudice in a more subtle way may be better for use with other more educated groups with more positive predispositions [35,48]. Regardless of formulation, we do consider it necessary to collect manifest attitudes because prejudices towards trans people are still very high in the general population and it is necessary to continue working for the acceptance of gender diversity and the reduction of discrimination [58].

Table 12. Scale of Negative Attitudes towards Trans People (EANT) formulated in a positive way.

N°	Items
1 *	It is okay for a transgender person to adopt children.
2 *	Transgender people should be able to teach in schools.
3 *	Sex with a transgender is natural.
4 *	Transgender people are not a threat to the family and to society.
5 *	Transgender people do not tend to be sexually promiscuous
6 *	It would not be shocking to see a transgender person kissing.
7 *	It would not bother me if my child is a transgender person
8 *	Transgender people are not more likely than the rest of society to contract a sexual illness.
9 *	Transgender females are not homosexuals dressed as women.

* Reverse item.

The correlations are very high with other constructs, but the limitation of this analysis may lie, as pointed out by Páez et al. [6], in the fact that it is a sample composed of university students. It is possible, therefore, that the correlations may be of less intensity as the differences decrease because they are more homogeneous samples. This may indicate the requirement for their validation in the general population, although in the Spanish version it has been validated in this population. Nevertheless, the university population is becoming more representative of the general population, reducing this possible bias. According to Eurostat, the United Kingdom (2,495,800 students) is the European country with the third-highest proportion of university students, representing 12.3% of the total. In 2019, 50% of the British population aged 30 to 34 had completed tertiary education, the European average being 40%. The proportion is increasing every year and is expected to soon reach 60–70% of the population [78]. Another limitation of this study lies in the lack of visibility of minority groups such as black trans people, people from rural areas, individuals with low economic status or the elderly, who are usually not represented when using online surveys. Language is continually changing so some currently validated terms may no longer be appropriate, such as the word transgender, which is tending to be directly replaced by “trans”. Adapting language may be important for lexical currency and also to ensure that certain individuals remain comfortable in responding to the survey [34]. As we have pointed out previously, the topic itself may be disconcerting to some people and could lead to bias in their responses. There may be particular issues for people who have extremely positive or negative predispositions. Furthermore, the convenience sampling that we used, based on sending the questionnaire to all university students, is far from the best way to recruit a random sample of the population and this study may have included self-selection bias.

Future studies should include replication of the general population, aiming to secure ethnic diversity, diversity in terms of age, economic context and academic training and also work targeted to reach population groups that are not represented in this study. It is necessary to continue evaluating this scale in its original and also our positive version. There is

scope to plug the gap in research involving people who have close social relationships with trans people in order to evaluate intergroup prejudice and the impact of contact and social proximity on the development of predispositions about gender identity that are rooted in our society. In future studies, these predispositions might be compared with other criterion variables such as political ideologies, religious feeling or belief, self-esteem and other series of variables related to other prejudices and predispositions.

In conclusion, few studies focus on exploring the manifest and subtle negative predispositions that are associated with the persistent problems of discrimination towards trans people. To ensure that trans people receive the support and resources they need, we must understand the origin of existing prejudices and begin to promote educational interventions and legislative actions that reduce these and also guarantee inclusion. Hence, in this study, the EANT was validated as a means to identify negative attitudes towards trans people and also to assess the persistence of negative stereotypes and their change over time and, potentially, under the impact of socio-cultural events and changes. Highlighting the negative prejudices that trans people face, creates the potential to raise awareness of existing discrimination towards this gender identity and to generate positive change to support gender diversity from within society.

Author Contributions: Conceptualisation, L.A.-M. and M.F.-H.; methodology, L.A.-M. and D.H.-S.; software, L.A.-M. and D.H.-S.; validation, L.A.-M. and S.F.; formal analysis, L.A.-M. and D.H.-S.; investigation, L.A.-M. and S.F.; resources, L.A.-M. and M.F.-H.; data curation, D.H.-S. writing—original draft preparation, L.A.-M. and M.F.-H.; writing—review and editing, D.H.-S.; and S.F. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee of Newcastle University (protocol code IR 24/2019 and 15/07/2019).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The data reported in this study are available upon request from the corresponding author. The data are not publicly available because they are written in Spanish and by contacting the principal researcher, she will be able to explain the variables, since she speaks English, Portuguese and Spanish.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. World Health Organization. *Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28–31 January 2002*; WHO: Geneva, Switzerland, 2006.
2. De Palma, R.; Jennett, M. Homophobia, transphobia and culture: Deconstructing heteronormativity in English primary schools. *Intercult. Educ.* **2010**, *21*, 15–26. [\[CrossRef\]](#)
3. Cacciatore, R.; Korteniemi-Poikela, E.; Kaltiala, R. The steps of sexuality—A developmental, emotion-focused, child-centered model of sexual development and sexuality education from birth to adulthood. *Int. J. Sex. Heal.* **2019**, *31*, 319–338. [\[CrossRef\]](#)
4. Grozelle, R.S. Cultural heterosexism and silencing sexual diversity: Anoka-Hennepin School District. *J. LGBT Youth* **2017**, *14*, 393–410. [\[CrossRef\]](#)
5. Nardi, H.C. Theoretical approaches and policies in sexual diversity and educational in Brazil: A critical review. *J. LGBT Youth* **2011**, *8*, 151–188. [\[CrossRef\]](#)
6. Pérez, J.; Hevia, G.; Pesci, F.; Rabbia, H.H. Construcción y validación de una escala de actitudes negativas hacia personas trans. *Rev. Psicol.* **2015**, *33*, 153–190. [\[CrossRef\]](#)
7. World Health Organization (WHO). WHO/Europe Brief—Transgender Health in the Context of ICD-11. 2020. Available online: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/whoeurope-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11> (accessed on 12 March 2021).
8. UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach*, 2nd ed.; UNESCO: Paris, France, 2018; Available online: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf> (accessed on 20 October 2020).
9. Miller, A.M.; Kismödi, E.; Cottingham, J.; Gruskin, S. Sexual rights as human rights: A guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *Reprod. Health Matters* **2015**, *23*, 16–30. [\[CrossRef\]](#)

10. Haldeman, D.C. Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Prof. Psychol. Res. Pr.* **2002**, *33*, 260–264. [\[CrossRef\]](#)
11. Joel, D.; Tarrasch, R.; Berman, Z.; Mukamel, M.; Ziv, E. Queering gender: Studying gender identity in ‘normative’ individuals. *Psychol. Sex.* **2013**, *5*, 291–321. [\[CrossRef\]](#)
12. Galupo, M.P.; Davis, K.S.; Gryniewicz, A.L.; Mitchell, R.C. Conceptualization of sexual orientation identity among sexual minorities: Patterns across sexual and gender identity. *J. Bisexuality* **2014**, *14*, 433–456. [\[CrossRef\]](#)
13. Whitfield, D.L.; Kattari, S.K.; Langenderfer-Magruder, L.; Walls, N.E.; Ramos, D. The crossroads of identities: Predictors of harassment among lesbian, gay, bisexual, and queer adults. *J. Soc. Soc. Work. Res.* **2019**, *10*, 237–260. [\[CrossRef\]](#)
14. Van Anders, S.M. Beyond sexual orientation: Integrating gender/sex and diverse sexualities via sexual configurations theory. *Arch. Sex. Behav.* **2015**, *44*, 1177–1213. [\[CrossRef\]](#)
15. Taylor, J.L.; Dockendorff, K.J.; Inselman, K. Decoding the digital campus climate for prospective LGBTQ+ community colleges students. *Community Coll. J. Res. Pr.* **2018**, *42*, 155–170. [\[CrossRef\]](#)
16. Paluck, E.L.; Green, D.P. Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice. *Annu. Rev. Psychol.* **2009**, *60*, 339–367. [\[CrossRef\]](#)
17. Ekehammar, B.; Akrami, N.; Gylje, M.; Zakrisson, I. What matters most to prejudice: Big Five personality, social dominance orientation, or right-wing authoritarianism? *Eur. J. Pers.* **2004**, *18*, 463–482. [\[CrossRef\]](#)
18. Dovidio, J.F. On the nature of contemporary prejudice: The third wave. *J. Soc. Issues* **2001**, *57*, 829–849. [\[CrossRef\]](#)
19. Duckitt, J. A dual-process cognitive-motivational theory of ideology and prejudice. *Adv. Exp. Soc. Psychol.* **2001**, *33*, 41–113.
20. Soble, J.R.; Spanierman, L.B.; Liao, H.-Y. Effects of a brief video intervention on White university students’ racial attitudes. *J. Couns. Psychol.* **2011**, *58*, 151–157. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
21. Szymanski, D.M.; Henrichs-Beck, C. Exploring sexual minority women’s experiences of external and internalized heterosexism and sexism and their links to coping and distress. *Sex Roles* **2014**, *70*, 28–42. [\[CrossRef\]](#)
22. Fernández-Hawrylak, M.; Tristán-Muñoz, G.; Heras-Sevilla, D. Actitudes hacia la transgeneridad y la transexualidad en el ámbito universitario. Un estudio preliminar. *Revista INFAD de Psicología. Int. J. Develop. Edu. Psychol.* **2020**, *1*, 393–404. Available online: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1796> (accessed on 16 October 2020).
23. Haley, S.G.; Tordoff, D.M.; Kantor, A.Z.; Crouch, J.M.; Ahrens, K.R. Sex education for transgender and non-binary youth: Previous experiences and recommended content. *J. Sex. Med.* **2019**, *16*, 1834–1848. [\[CrossRef\]](#)
24. Hatzenbuehler, M.L. How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychol. Bull.* **2009**, *135*, 707–730. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
25. Rye, B.; Merritt, O.A.; Straatsma, D. Individual difference predictors of transgender beliefs: Expanding our conceptualization of conservatism. *Pers. Individ. Differ.* **2019**, *149*, 179–185. [\[CrossRef\]](#)
26. Glick, P.; Fiske, S.T. The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. In *Social Cognition*; Routledge: New York, NY, USA, 2018; pp. 116–160.
27. Cunningham, G.B.; Pickett, A.C. Trans prejudice in sport: Differences from LGB prejudice, the influence of gender, and changes over time. *Sex Roles* **2018**, *78*, 220–227. [\[CrossRef\]](#)
28. TvT Research Project. Trans Murder Monitoring, “Transrespect versus Transphobia Worldwide” (TvT). Available online: www.transrespect.org/en/research/trans-murder-monitoring/ (accessed on 16 March 2021).
29. Government UK. Official Statistic. Hate Crime, England and Wales, 2019 to 2020. 2020. Available online: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/925968/hate-crime-1920-hosb2920.pdf (accessed on 17 March 2021).
30. Wei, Y.; McGrath, P.J.; Hayden, J.A.; Kutcher, S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry* **2015**, *15*, 291. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
31. Schmitt, M.T.; Branscombe, N.R.; Postmes, T.; Garcia, A. The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. *Psychol. Bull.* **2014**, *140*, 921–948. [\[CrossRef\]](#)
32. Newcomb, M.E.; Mustanski, B. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* **2010**, *30*, 1019–1029. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
33. Glick, P.; Fiske, S.T.; Mladinic, A.; Saiz, J.L.; Abrams, W.D.J.; Masser, B.; Adetoun, B.; Osagie, J.E.; Akande, A.; Alao, A.; et al. Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *J. Pers. Soc. Psychol.* **2000**, *79*, 763–775. [\[CrossRef\]](#)
34. Kattari, S.K.; O’Connor, A.A.; Kattari, L. Development and validation of the transgender inclusive behavior scale (TIBS). *J. Homosex.* **2017**, *65*, 181–196. [\[CrossRef\]](#)
35. Hunter, A. Lesbian mommy blogging in Canada: Documenting subtle homophobia in Canadian society and building community online. *J. Lesbian Stud.* **2015**, *19*, 212–229. [\[CrossRef\]](#)
36. Mustanski, B.S.; Garofalo, R.; Emerson, E.M. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Am. J. Public Health* **2010**, *100*, 2426–2432. [\[CrossRef\]](#)
37. Grant, J.M.; Mottet, L.A.; Tanis, J.; Herman, J.; Harrison, J.; Keisling, M. *National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health Care*; National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force: Washington, DC, USA, 2010; Available online: http://www.thetaskforce.org/downloads/resources_and_tools/ntds_report_on_health.pdf (accessed on 9 January 2021).

38. Meyer, I.H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol. Bull.* **2003**, *129*, 674–697. [CrossRef] [PubMed]
39. Cyrus, K. Multiple minorities as multiply marginalized: Applying the minority stress theory to LGBTQ people of color. *J. Gay Lesbian Ment. Health* **2017**, *21*, 194–202. [CrossRef]
40. Harbaugh, E.; Lindsey, E.W. Attitudes toward homosexuality among young adults: Connections to gender role identity, gender-typed activities, and religiosity. *J. Homosex.* **2015**, *62*, 1098–1125. [CrossRef] [PubMed]
41. Kwok, D.K.; Wu, J. Chinese attitudes towards sexual minorities in Hong Kong: Implications for mental health. *Int. Rev. Psychiatry* **2015**, *27*, 444–454. [CrossRef]
42. Finnessy, P. Examining the heteropatriarchy: Canadian and American male teachers' perspectives of sexual minority curriculum. *Teach. Educ.* **2015**, *27*, 39–56. [CrossRef]
43. Gorrotxategi, M.P.; Ozamiz-Etxebarria, N.; Jiménez-Etxebarria, E.; Cornelius-White, J.H.D. Improvement in gender and transgender knowledge in university students through the creative factory methodology. *Front. Psychol.* **2020**, *11*. [CrossRef]
44. Ozamiz-Etxebarria, N.; Picaza, M.; Jiménez-Etxebarria, E.; Cornelius-White, J.H.D. Measuring discrimination against transgender people at the University of the Basque Country and in a non-university sample in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Heal.* **2020**, *17*, 2374. [CrossRef]
45. Connell, R. Transgender health: On a world scale. *Health Sociol. Rev.* **2021**, *30*, 87–94. [CrossRef]
46. Hill, D.B.; Willoughby, B.L.B. The development and validation of the genderism and transphobia scale. *Sex Roles* **2005**, *53*, 531–544. [CrossRef]
47. Winter, S.; Webster, B.; Cheung, P.K.E. Measuring Hong Kong undergraduate students' attitudes towards transpeople. *Sex Roles* **2008**, *59*, 670–683. [CrossRef]
48. Landén, M.; Innala, S. Attitudes toward transsexualism in a Swedish National Survey. *Arch. Sex. Behav.* **2000**, *29*, 375–388. [CrossRef]
49. de Rojas, R.J.M. Conservadurismo político, homofobia y prejuicio hacia grupos transgénero en una muestra de estudiantes y egresados universitarios de Lima. *Pensam. Psicol.* **2012**, *10*, 23–37.
50. Kanamori, Y.; Cornelius-White, J.H.D.; Pegors, T.K.; Daniel, T.; Hulgus, J. Development and validation of the transgender attitudes and beliefs scale. *Arch. Sex. Behav.* **2017**, *46*, 1503–1515. [CrossRef]
51. Walch, S.E.; Sinkkanen, K.A.; Swain, E.M.; Francisco, J.; Breaux, C.A.; Sjöberg, M.D. Using intergroup contact theory to reduce stigma against transgender individuals: Impact of a transgender speaker panel presentation. *J. Appl. Soc. Psychol.* **2012**, *42*, 2583–2605. [CrossRef]
52. Nagoshi, J.L.; Adams, K.A.; Terrell, H.K.; Hill, E.D.; Brzuzy, S.; Nagoshi, C.T. Gender differences in correlates of homophobia and transphobia. *Sex Roles* **2008**, *59*, 521–531. [CrossRef]
53. Morrison, M.A.; Bishop, C.; Gazzola, S.B.; McCutcheon, J.M.; Parker, K.; Morrison, T.G. Systematic review of the psychometric properties of transphobia scales. *Int. J. Transgenderism* **2017**, *18*, 395–410. [CrossRef]
54. Clark, K.A.; Hughto, J.M. Development and psychometric evaluation of the transgender knowledge, attitudes, and beliefs (T-KAB) scale. *Sex. Res. Soc. Policy* **2019**, *17*, 353–363. [CrossRef]
55. Breslow, A.S.; Brewster, M.E.; Velez, B.L.; Wong, S.; Geiger, E.; Soderstrom, B. Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychol. Sex. Orientat. Gend. Divers.* **2015**, *2*, 253–265. [CrossRef]
56. Larsen, K.S.; Cate, R.; Reed, M. Anti-black attitudes, religious orthodoxy, permissiveness, and sexual information: A study of the attitudes of heterosexuals toward homosexuality. *J. Sex Res.* **1983**, *19*, 105–118. [CrossRef]
57. Larsen, K.S.; Reed, M.; Hoffman, S. Attitudes of heterosexuals toward homosexuality: A Likert-type scale and construct validity. *J. Sex Res.* **1980**, *16*, 245–257. [CrossRef]
58. Páez, J.I.; Rabbia, H.H.; Hevia, G.E.; Pesci, F. Bases sociales y psicopolíticas del prejuicio hacia personas trans en habitantes de Córdoba, Argentina. *Investig. Psicol.* **2018**, *23*, 27–36. [CrossRef]
59. Marôco, J. Avaliação das Qualidades Psicométricas de uma Escala. ISPA. 2009. Available online: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0080-6234201400010014600006&lng=en (accessed on 10 December 2020).
60. Ghasemi, A.; Zahediasl, S. Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *Int. J. Endocrinol. Metab.* **2012**, *10*, 486–489. [CrossRef]
61. Barreira, M.J. Reações Emocionais e Percepções da Criança ao Conflito Parental. Ph.D. Thesis, University of Porto, Porto, Portugal, 7 February 2011. Available online: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19395> (accessed on 11 December 2020).
62. Fagerland, M.W. T-tests, non-parametric tests, and largestudies—A paradox of statistical practice? *BMC Med. Res. Meth.* **2012**, *12*, 1–7. [CrossRef]
63. Field, A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*, 5th ed.; SAGE Publications: Brighton, UK; Sussex, UK, 2018.
64. Pelea, L. Cómo proceder ante el incumplimiento de las premisas de los métodos paramétricos? O cómo trabajar con variables biológicas no normales?—How do we proceed to violations of parametric methods assumptions? or how to work with non-normal biological variables? *Rev. Jardín Botánico Nacio.* **2018**, *39*, 1–12. Available online: www.jstor.org/stable/26600674 (accessed on 8 December 2020).
65. Stroup, W.W. Rethinking the analysis of non-normal data in plant and soil science. *Agron. J.* **2015**, *107*, 811–827. [CrossRef]
66. Thode, H.C. *Testing For Normality*; CRC Press: New York, NY, USA, 2002; Volume 164.

67. Zar, J.H. *Biostatistical Analysis*, 5th ed.; Pearson Prentice Hall: New Jersey, NJ, USA, 1996. [\[CrossRef\]](#)
68. Daniel, W.W.; Cross, C.L. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*; Wiley: New York, NY, USA, 2018; pp. 20–650.
69. Libano Miralles, M.d.; Ubillos Landa, S.; Puente Martínez, A.; Gutiérrez García, A. *Manual Práctico de Análisis Estadístico en Ciencias de la Salud: Pruebas Paramétricas Y No Paramétricas (1.)*; University of Burgos: Burgos, Spain, 2019.
70. Morales Vallejo, P. *Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales (1.)*; Universidad Pontificia Comillas (Publicaciones): Madrid, Spain, 2011.
71. Alonso Martínez, L.; Puente Alcaraz, J. La importancia de la Salud Global en Enfermería ¿qué sabemos? *Index De Enfermería* **2020**, *29*, 160–164. Available online: <http://ciberindex.com/c/ie/e12502> (accessed on 15 November 2020).
72. Heras-Sevilla, D.; Ortega-Sánchez, D. Evaluation of sexist and prejudiced attitudes toward homosexuality in spanish future teachers: Analysis of related variables. *Front. Psychol.* **2020**, *11*. [\[CrossRef\]](#)
73. Norton, A.T.; Herek, G.M. Heterosexuals' attitudes toward transgender people: Findings from a national probability sample of U.S. adults. *Sex Roles* **2013**, *68*, 738–753. [\[CrossRef\]](#)
74. Bouman, W.P.; Schwend, A.S.; Motmans, J.; Smiley, A.; Safer, J.D.; Deutsch, M.B.; Adams, N.J.; Winter, S. Language and trans health. *Int. J. Transgenderism* **2016**, *18*, 1–6. [\[CrossRef\]](#)
75. Goldberg, A.E.; Beemyn, G.; Smith, J.Z. What is needed, what is valued: Trans students' perspectives on trans-inclusive policies and practices in higher education. *J. Educ. Psychol. Consult.* **2018**, *29*, 27–67. [\[CrossRef\]](#)
76. López, J.A.C.; Nordfjell, O.B.; Gaini, F.; Heikkinen, M. Promising Nordic practices in gender equality promotion: Developing teacher education dialogue, practice, and policy cycles on-line. *Policy Futur. Educ.* **2017**, *16*, 605–619. [\[CrossRef\]](#)
77. Meyer, E.J.; Quantz, M.; Taylor, C.; Peter, T. Elementary teachers' experiences with LGBTQ-inclusive education: Addressing fears with knowledge to improve confidence and practices. *Theory Into Pr.* **2019**, *58*, 6–17. [\[CrossRef\]](#)
78. Eurostat. Statistic Explained. Educational Attainment Statistics. European Union. 2020. Available online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Educational_attainment_statistics#Level_of_educational_attainment_by_age (accessed on 4 January 2021).

ANEXO VI.

**ESTUDIO VI. The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC):
Spanish validation and English revalidation of a brief scale that evaluates the
impact of risky sexual behavior on the health of young adults**

The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC): Spanish validation and English revalidation of a brief scale that evaluates the impact of risky sexual behavior on the health of young adults.

Abstract

Background and purpose: Risky sexual behaviors and the transmission of sexual infections is increasing globally. There is a need for health professionals to develop multicultural tools to measure and act on these behavioral trends. The research aim is to validate the HPSC-8 in Spanish and revalidate it in English. This scale assesses the communicative risk of sexual behaviors.

Methods: This study used a quantitative research design with a cross-cultural approach. The study survey was administered to 1223 university students from Spain (658) and the UK (565) during the academic year 2020-21.

Results: The scale's EFA and CFA display a one-dimensional structure of 8 items in both languages. This scale excellently fulfills the psychometric properties. The Cronbach's alpha values were $\alpha = .80$ (Spain) and $.86$ (UK). Furthermore, an increase in sexual risk behaviors in this sample was observed in both countries. Significant differences were found in sexual behaviors according to marital status in both countries, by gender in the UK and by religion in Spain. The non-differences were obtained by sexual orientation, nationality and university courses. Less sexual risky behaviors (HPSC) correlated with increased sexual pleasure (SOS).

Implications: The HPSC is a well-grounded scale to measure risky sexual behavior. Research shows the current inattentiveness to these behaviors in both the educational and healthcare setting, which has a wide-ranging impact on youth health and supports the development of updated global health strategies. This bilingual instrument, which is

easy to apply by healthcare professionals, evaluates behavioral trends and reveals the main sexual risks.

Keywords: Global Health; Infectious Condition; Instrument Adaptation; Professional Roles; Sexuality

INTRODUCTION

There are more than one million people a day in the world whose sexual health is affected due to the spread of Sexually Transmitted Infections (STIs), based on an estimate of the annual prevalence of more than 376 million new infections of chlamydia, gonorrhea, syphilis or trichomoniasis (WHO, 2019). These data are reflected in the increase in new infections with Gonorrhea, Chlamydia, and Syphilis in Europe between 2010 and 2018 (Pilz et al., 2021). According to UNAIDS (2020) in 2015, 36.7 million people were living with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and in 2020 it has increased to 37.6 million people. However, it is estimated that in Europe there is a decrease in new HIV infections, for example, in 2015 in Europe there were a total of 29747 new infections and in 2019, 24801 were detected; a decrease of 16.63% of cases (Guilamo-Ramos et al., 2019). However, in Spain and the United Kingdom (UK), the ratio of new infections has been higher than the European average of 5.1, with ratios of 6.4 and 6.7 respectively (European Center for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe, 2019). When comparing these data with those obtained in 2020, the reported cases of sexual diseases and the performance of diagnostic tests have decreased during the periods of restrictions due to COVID-19, but when the averages were reflected, data on prevalence reflect those prior to the impositions of these restrictions (Berzkalns et al. 2021; Miguel et al., 2020).

Risky sexual behaviors can be considered as the exposure and performance of harmful conduct toward sexuality that can lead to physical and/or emotional damage (López,

2015). These behaviors are of great interest because they are associated with harmful outcomes for health linked to the transmission of STIs (Du et al., 2021). Kann et al., (2018) suggest that adherence to non-risky sexual behaviors in sexually active adult populations stands at between 9 to 45%. The most studied behaviors have been those that represent physical risk related to STIs, especially the transmission of HIV (Mahat et al., 2019). These include the misuse of barrier methods (condoms and oral barriers) in vaginal, anal, and oral sex, and behaviors such as early sexual debut and outcomes such as unwanted and unplanned teen pregnancies (Benotsch et al., 2013; Meader et al., 2016). Other factors that have potentially negative consequences for sexual health are financial problems, troubled relationships with a partner, friends, or family, and increased consumption of alcohol and other harmful substances (Degenhardt et al., 2017).

Students may be especially likely to encounter and experience challenges around these factors when they enter university since it represents and involves an important social and material transition from a stage of adolescence to a different kind of adult life (Nason et al., 2020). These changes include adapting to new social contexts, establishing new personal relationships and continuing to shape the development of their sexual identities (Alonso et al., 2021). In young university students, high rates of risky sexual behaviors are reported leading international organizations to identify students as a key epidemiological sample through which to evaluate the demography of the sexual health of populations (Fino et al., 2021). The CDC (2019) clarified that half of the new notifications of STIs in the United States each year occur among young people between 15 and 24 years old, stating that almost 46% of these sexually active young people did not use a condom the last time they had sex. Research on risky sexual behaviors in undergraduates has focused mainly on unprotected casual sex and sex under the influence of alcohol and drugs (Sherab et al., 2019). In order to assess sexual risk in this population, it is imperative to have short, valid, and

socioculturally adapted instruments with which to reliably measure these risk behaviors in young people, and for this reason, in this article a scale adapted to this purpose is proposed.

In 2019, 40% of the Spanish and 50% of the British population aged 30 to 34 completed tertiary education European Commission (2020). Because of their size, attention to these populations is a health priority in terms of assessing the risk of their sexual behaviors (Eurostat, 2020). Despite this statistic, there is limited epidemiological evidence on the sexual health status of Spanish and British university students, it is known that the incidence of STIs among young people aged 15 to 24 in Spain and the UK is high, and most undergraduate university students are in this age group (Department of Education, 2020; INJUVE, 2019). In England, the latest official public health records have shown 420000 STI diagnoses in 2017, of which around 34% were reported in young people (Public Health England, 2018). In Spain, in 2019, according to the Youth Institute of the Ministry of Social Rights and Agenda 2030, there has been an increase in the incidence of STIs among the youth population, the highest rates being highest for gonorrhea and chlamydia infection in people between 20 and 24 years old (INJUVE, 2019). There is also evidence that the majority of young people in these countries are not screened for STIs regularly, which contributes to the risk of transmission of asymptomatic diseases which may carry long-term health implications (Bouclaous et al., 2021; Kim et al., 2020).

According to the educative and legislative laws, in both countries, a favorable evolutionary trajectory toward sexual education can be observed that has included the biological aspect as mandatory in its school curricula and begins to incorporate content on sexual diversity (Department of Education, 2021; INJUVE, 2019). At the school level, sexuality education in the United Kingdom is a compulsory subject since 2021 called Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education (Department of Education, 2021). Nevertheless, the essential learning contents about sexual

risk behaviors that are compulsory are the same as those included in the Spanish curriculum since the 90s (INJUVE, 2019). It can be considered an advance of the United Kingdom its special recognition as a subject and the training of families. In addition, the new Spanish educational legislation has included the subject called Education in Civic and Ethical Values related to gender equality contents and respect for Human Rights (Calvo, 2021).

Recent research has shown that university students face obstacles in accessing health services and receiving care and that their symptoms are often neglected in terms of diagnostic screening tests such as the lack of serological tests and the access to pre-exposure prophylaxis (PrEP) against HIV (CDC, 2019). The work of healthcare professionals in sexual health should be oriented to the detection and care of patients by focusing on meeting their emotional safety needs (O'Byrne et al., 2019). They must be able to address sexuality comprehensively, have good communication skills, respond positively to doubts raised and learn to deal with conflict resolution by facilitating appropriate relationships between patients, students, family members and teachers (Adebayo et al., 2019).

Time limitations and financial constraints may reduce the probability that they will be diagnosed early and treated (Bouclaous et al., 2021). Other factors that may be related to the increase in these risky behaviors are adherence to gender norms (complacency, jealousy, or infidelity), the myth that condoms reduce sexual pleasure (Lewis et al., 2021), and access to inappropriate and misleading content through the Internet such as pornography (Madigan et al., 2018; Medrano et al., 2018). In addition, based on the evidence of analyzed studies, one is more prone to having risky sexual behaviors in situations of specific arousal, leaving less common such as masochistic conduct aside, of which there is a scarcity of epidemiological evidence (De Neef et al., 2019).

This combination of high risk - both behavioral and contextual - vulnerability to sexual ill-health, disease prevalence and weaknesses in service provision emphasize the

importance of developing short and validated tools which can be employed in different languages and different sociocultural contexts that allow educators and health workers to identify and address these public health risks (Cassidy et al., 2018). Due to the complexity and multiple factors that influence of risky sexual behaviors, their evaluation is a challenge. For this reason, questionnaires and scales are considered to be among the most useful tools to assess this purpose (Fino et al., 2021).

Mirzaei et al. (2016) analyzed the main scales that assess risky sexual behaviors, classifying them into two main levels. The first category includes questionnaires categorized as comprehensive tools for use with large populations and which assess a variety of behaviors and sexual risk factors (predict social trends) such as the NATSAL (National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyle) and the YRBSS (Youth Risk Behavior Surveillance Survey). The use of these questionnaires is widely recommended to validate other scales and that items from these surveys are used in the creation of new instruments. Nonetheless, they are very long questionnaires comprising many varied questions that make data collection difficult and are mainly adapted to Anglo-Saxon contexts (Fino et al., 2021). The second category of questionnaires is for use with small populations and is made up of specific topics that ask about unprotected sexual relations, a number of sexual partners, or other health problems such as impulses, intentions, or attitudes toward sexuality. Among the most important are the Sexual Risk Survey (SRS), the Safe Sexual Behavior Questionnaire (SSBQ), the Sexual Health Practices Self-Efficacy Scale, the Sexual Risk Behavior Beliefs and the Self-efficacy Scales (SRBBS), the Self-efficacy Scale for Correct Condom Use (CCUSS) and the Sexual Risk Behaviors Scale (SRBS) validated in university students. These studies focus mainly on assessing the frequency of the correct use of condoms, and most have more than 17 items, the exceptions being the last two instruments mentioned above (Fino et al., 2021). There are numerous researches on sexuality in university students nonetheless, the existence of various

instruments that are used to assess risk behaviors limits the comparison between studies.

Despite the use of self-reports to assess risky sexual behaviors, studies have identified significant problems in assessing other factors, such as communication, hypersexualization, and validation of instruments in contexts other than Anglo-Saxon (Jaspal et al., 2021).

As behavioral patterns amongst young people and the socio-cultural context change, it is necessary to adapt instruments. Following quantitative and qualitative exploratory studies on sexual conduct amongst young Spanish and British people (Alonso et al., 2021; Jaspal, 2020), it is proposed that the need for a brief, usable and current instrument might be met by the revalidation in English and the validation in Spanish of The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC, Catania, 1998) in young adult populations. The focus of this scale shifts from solely falling on condom use to a focus on risky communication behaviors, substance use, screening tests, number of partners, and partner communication alongside condom use (Magowe & Holstad, 2016). Communication is strongly linked to psychological constructs related to self-control and attitudes that are considered fundamental in the constitution of sexual behaviors (Morales et al., 2019). This instrument may also have value as a pedagogical resource by briefly raising awareness about prevention and primary care for risky sexual behaviors amongst those who complete it (Pereira et al., 2015). The validation study of this scale by Catania (1998) was carried out on young people who spoke Spanish and English, and that approach is replicated here. The author of the validation in Spanish did not publish the results in Spanish because they were similar to the validation of the English version. The validation of both versions of the EFA and CFA carried out in this study has not been published previously.

Short, valid, and reliable scales are very useful because they allow the evaluation and early detection of risky sexual behaviors that are considered the first line of care and promote health action (Fino et al., 2021). The HPSC will help to provide information and understand

the possible relationships between risks, precursor variables, and predisposing factors of sexual behaviors, facilitating the work of health professionals and raising awareness among young people about the sexual risks they face.

Hence, in this study the main objective is the revalidation and updating of the English version and the validation of the Spanish version because this short scale allows examination of the inclination to take sexual risks in young people in the second and third most spoken languages in the world with 1.35 billion English speakers and 534 million Spanish speakers (Singh et al., 2021)

A further objective is to compare criterion variables, by groups, to discover whether they are similar to those evaluated in the previous literature and the construction of this scale by Catania (1998). In this study, it was hypothesized that the HPSC will obtain high levels of reliability and validity and that significant differences will be obtained by marital status, gender, and religion. There will not any differences in the other variables when these variables are considered, and they will be the most predictive of sexual behaviors. It was followed the recommendations made elsewhere (Flake et al., 2017) in presenting the result of the development, exploration, and psychometric properties of the HPSC in two samples from Spain and the UK with an approach centered on its factorial structure (EFA and CFA), item reliability and construct validity.

MATERIALS AND METHODS

Design and Participants

This is a cross-sectional study based on a survey composed of three standardized scales used to validate the Spanish and revalidate the British version. It also assesses the sexual risk behaviors. The outcome variables were those derived from the following three scales: The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC, Catania, 1995), The

Double Standard Scale (DSS, Caron et al. 1993), and the Sexual Opinion Survey (SOS, Fisher et al. 1983). In addition, the predictor variables were based on sociodemographic details: age, gender, sexual orientation, marital status, nationality, religiousness and university field.

The participants in this study were university students from Spain and the UK, which are in similarly populated areas in the north of both countries. The total population of the Spanish universities included in the study was 53317 students and of the British was 51605 students. The Spanish and the British sample in all cases have reached a statistically adequate sample size by the institutions (Field, 2018). The study population consisted of 1223 participants aged 18 to 64 years ($M = 23.55$, $SD = 6.34$), of whom 806 identified with women ($M = 23.25$, $SD = 5.83$), 398 men ($M = 24.24$, $SD = 7.32$), 14 people with non-binary genders ($M = 21.93$, $SD = 4.66$), and 5 preferred not to say ($M = 20.20$, $SD = 1.3$). Respondents had to be Spanish and British university students, over the age of 18. Study participation was voluntary. The sampling frame consists of representative samples of students enrolled at different levels of undergraduate (first, second, third and fourth year) and postgraduate studies, representative of the 5 branches of knowledge (humanities, economic sciences, sciences, health sciences and engineering).

Instruments

The study instrument was built using the Jisc Online Surveys Program (2020) and the Qualtrics program (2020). The questionnaire was shared with experts in the field at the Spanish and British Universities to confirm its face validity. The survey was identical for all respondents, although it was delivered in the native language of each country. Each respondent was informed that their participation would be anonymous, through a participant information sheet, consent form, and a participant debrief.

The Double Standard Scale (DSS, Caron et al. 1993) was used to assess the acceptance of the traditional sexual double standard (roles and stereotypes). Its 10 items are answered on 5-point Likert-type scales and scores range from 10 to 50, with higher scores indicating lower adherence to the traditional double standard. The internal consistency of the scale shows acceptable reliability, $\alpha = .72$ in a sample of 330 college students (Caron et al., 1993). The Spanish translated version of the scale has been validated by Sierra et al. (2007) who reported acceptable reliability, $\alpha = .73$ in a sample of 400 university students. This study obtained acceptable reliability in the sample with $\alpha = .79$ and the mean score was 42.54 ($N=1208$, $Min=14$, $Max=50$ and $SD=6.11$).

The Sexual Opinion Survey (SOS, Fisher et al. 1983), was used to measure erotophobia-erotophilia as the learned disposition to respond to sexual stimuli with negative-to-positive affect, including open sexual display, variety of sexual behavior and homoeroticism, through 21 items. These items evaluate autosexual, heterosexual and homosexual behavior, sexual fantasy, and visual sexual stimuli. The responses are provided on 7-point Likert scales and the score ranges from 21 to 147 points and lower punctuation indicates more erotophilia sexual stimuli. The internal consistency of the scale showed high reliability, $\alpha = .82$ to $\alpha = .90$ in undergraduate students (Fisher et al. 1988). The Spanish version of the scale has been validated by Carpintero and Fuertes (1994), who reported high reliability, $\alpha = .85$ in 2000 Spanish adults. This study obtained high reliability with $\alpha = .86$ and the mean score was 58.14 ($N=1134$, $Min=22$, $Max=147$ and $SD=17.51$).

The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC) was used to assess how often participants discuss sexual health with a new sexual partner. The internal consistency of the scale showed high reliability with a Cronbach's Alpha, $\alpha = .84$ in a sample of 320 respondents ranged from 20 to 40 years (Catania et al., 1998). Its 10 items evaluate sexual histories, health protection concerns, and communication related to safer sex and

contraceptive use. The responses are given on 6-point Likert scale (1 = Always, 2 = Almost always, 3 = Sometimes; 4 = Never, 5 = I don't know and 6 = Decline to answer). These responses are evaluated from 1 to 4, because the responses 5 = I don't know and 6 = Decline to answer, must be counted as 0 and a mean summation of the items must be made. Scores range from 10 to 40 and lower scores indicate higher concerns about discussions regarding health protective topics (Serovich et al. 2017). This study obtained acceptable reliability with an $\alpha=.76$ and the mean score was 27.15 ($N=1223$, $Min=10$, $Max=40$ and $SD=5.96$).

Procedure

Prior to the validation and revalidation of the HPSC scale, researchers contacted Professor Joseph Catania, the creator of this scale, who gave us permission to conduct this research and present its validation in Spanish. The questionnaires were approved by the Ethics Committee of the UK and Spanish universities. Data was collected face to face and online from 12/02/2020 to 18/07/2021 and completing this survey took approximately 35 minutes.

Experts from the two countries assessed the measures prior to it being passed to undergraduates to respond to this scale and also comment on it. Precise language equivalence between Spanish and English versions was achievable except that in the Spanish version statements were rephrased in an impersonal way so as not to use personal pronouns and thus utilize gender-inclusive language. The Likert-type scale of Catania (1998) collected in the fourth edition of the prestigious manual *Handbook of Sexuality-Related Measures* consisted of 6 alternatives (1 = Always, 2 = Almost always, 3 = Sometimes; 4 = Never, 5 = I don't know and 6 = Decline to answer). The range of scores is from 10 to 40, in which lower scores indicate greater concerns about the discussion of the issue of health protection with a new sexual partner. These responses are evaluated from 1 to 4, because the responses 5 = I don't know and 6 = Decline to answer, must be counted as 0 and a mean summation of the items

must be made, the score on the scale is from 10 to 40 (Levant et al., 2012). Those participants who answered 'do not know' or declined to answer any question were excluded from the analysis. In the first study of Catania (1991) a range of 3 response alternatives was offered on the Likert scale, but because the score from 10 to 40 has been the most used in subsequent studies and is the one collected in the manual, it has been adopted the same approach performing the statistical analysis considering this summation of the scale and discounting responses 5 and 6 as explained by Levant et al. (2012).

We recommend that in subsequent investigations alternatives 5 and 6 do not appear and a question is included earlier that asks participants if they have had sexual intercourse and if so, they are invited to complete the scale. In a case where this question is not asked, the scale should be left open without forced answers because students reported this helps to raise awareness of sexual risk behaviors.

Incorrect terms such as the 'AIDS virus' were corrected in this case and converted to the 'HIV virus' in item 5 since the participants have a greater knowledge of this disease than in the decade of the 90s when the scale was validated and this item was rephrased by adding sexually transmitted diseases. According to Catania (1998), the 9 and 10 items should be deleted for people whose sexual orientation is homosexual and a summation average of these items should be made. We consider that item 9 should be eliminated because there are no significant differences based on sexual orientation and it contributes to stigmatizing sexual groups. We also decided to eliminate item 10 from the scale because it does not provide information on sexual risk behaviors and is exclusive to certain sexual orientations. Thus, it is recommended that in the future administration of this scale these items be eliminated or replaced and validated by other items, such as: 'Talked about whether you or a new sex partner ever had sexual experiences without using the condom' or/and "When you have carried out continuous sexual risk behaviors, you have decided to speak with health personnel

about the option of using pre-exposure prophylaxis (PrEP) medication against the HIV”.

Finally, the English and Spanish scale items and their final version are those listed in Table 1.

Data analysis

Data were collected, computerized and analyzed through IBM SPSS v.24 and AMOS v.25. Preliminary analyzes were conducted to assess that there were no violations of normality, linearity and multicollinear (for further information see supplementary material). To validate the different 8 items that make up the scale, it was conducted an Exploratory Factor Analysis (AFE) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) by applying Structural Equations in the Spanish and the British sample. Then, the studies sample was randomly divided into two subsamples, with the exploratory subsamples (265 British and 300 Spanish), it was applied to explore the factorial structure underlying the items and with the confirmatory subsamples (300 British and 358 Spanish), it was aimed to confirm the structure. The random division of the subsamples showed similar sociodemographic details that the whole sample.

It is worth highlighting the adequacy of the sample size for this analysis due to the number of participants was 25 times larger than the number of variables or items (Libano et al., 2019). To achieve the second objective and resolve the second hypothesis of this research, groups and other scales were compared to clarify the possible relationships between their variables. To investigate the external validity, the T-Student and ANOVA tests were used for the mean comparison of scale scores with sociodemographic study variables and the Pearson correlations between the scores of the different scales generated. The p values were considered significant when less than .050 and very significant when the values are less than .001. The values of the correlations are considered $r = .10/.30/.50$ as a small/medium/large. (Field, 2018). In relation to the effect of the sample size, the Cohens' d

measure is interpreted considering that $d = 0.20/0.50 /0.80$ as small/medium/large effect size (Boedeker & Henson, 2020).

RESULTS

Validation of the Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC) psychometric properties. EFA and CFA.

Reliability analysis of the HPSC in the British and Spanish samples

Table 2 and Table 3 show the internal consistency of the British and Spanish samples. As can be seen in these tables, the correlations obtained between each item and the scale scores in all cases were higher than .30. In accordance with the recommendations of Boateng et al. (2018) in the selection process of items, those that differentiate the extreme groups or that have item-total correlations greater than .30 should not be eliminated (Field, 2018). In this case, no item had to be eliminated because they had significant correlations with the total of the scale and gave higher α s. In the English sample of the HPSC was obtained a high internal consistency with $\alpha=.86$ and a mean correlation of the items of .43 and the mean score of this scale was 21.45 ($N=565$, $Min=8$, $Max=32$ and $SD=5.06$). In the Spanish sample was obtained a high internal consistency with $\alpha=.80$ and the mean correlation of the items is .33 and the mean score of this scale was 21.22 ($N=658$, $Min=8$, $Max=32$ and $SD=4.84$). The reliability analysis of the exploratory and confirmatory samples showed similar results that the whole sample, for further information see supplementary material.

Construct validity

EFA in the exploratory British and Spanish subsamples.

The objective of the exploratory analysis was to test the suitability of the initial set of items for theoretical and psychometrical measurement of the HPSC scale. For this purpose,

reliability analysis and external validation were carried out. EFA enables exploration of the set of latent variables or common factors that will explain the responses to the items on this scale and to find composite dimensions formed by the summarized information that is contained in the original variables. Prior to factoring, the KMO and the Bartlett sphericity test were performed. The idea of performing factor analysis is good due to the KMO value was $> .80$ (.86 in the British sample and .83 in the Spanish sample) and the Bartlett Test was significant in both subsamples ($\chi^2 = 991.13$, $df = 28$, $p < .001$ in the British sample and $\chi^2 = 639.573$, $df = 28$, $p < .001$ in the Spanish sample). These analyzes are adequate to establish differences in the structure if there were underlying scales (Boateng et al., 2018).

The British EFA conducted in the exploratory subsample returns a factorial solution composed of two factors. The first component explains 33.91% and the second component explains 32.60% of its variance. In this way, the set of these two components explains 66.51% of its variance. The resulting matrix of components is adequate, although three items saturate above .40 in two factors. The factorial structure obtained is largely adjusted to two dimensions, the first dimension has acceptable reliability and the second has high reliability, see Table 4.

The Spanish EFA conducted in the exploratory subsample returns a factorial solution composed of one factor, see Table 5. The component explains 43.02 % of its variance. The unidimensional resulting matrix of components is adequate and above .40 in two factors. The selected items were those that were most related to the theory of the construction of the scale and had greater saturation in one dimension than in another.

CFA in the confirmatory British and Spanish subsamples.

The CFA was performed because no missing values were found since respondents answered all questions. This analysis allowed for corroboration of the findings obtained in the EFA and it was carried out in the confirmatory subsamples of both countries (Field,

2018). The English and Spanish versions were validated one-dimensionally, and the 8 items selected in the exploratory subsamples are maintained.

It is also necessary to consider the adjusted goodness-of-fit index (AGFI), the goodness of fit index (GFI), the comparative fit index (CFI), the Normed Fit Index (NFI) and Tucker–Lewis index (TLI) that should exceed values of .90, and the root mean squared error approximation (RMSEA) that should be less than .80 (Schumacker & Lomax, 2016; Xia & Yang, 2019). Finally, it is important to consider the minimum discrepancy per degree of freedom (CMIN/DF), being a value less than 3 which is considered to be a good fit for the model (Líbano et al. 2019). Then, the standardized statistical indicators for the CFA were considered, which will be shown in the results of this analysis below. Furthermore, a maximum likelihood model was used, and standardized estimators, indirect and direct total effects and covariance estimates were requested in both samples. The CFA was performed with the AMOS statistical software v.25 which is compatible with the SPSS program.

CFA of the English HPSC.

The English unifactorial structure obtained without adjusting the modification indices presented a ratio value of the χ^2 statistic and the degrees of freedom were considered not optimal ($CMIN/DF = 8.22$; $Df = 20$, $\chi^2 = 164.31$) and an $AGFI = .78$, a $CFI = .83$ and an $RMSEA = .155$ which are not entirely acceptable. The reagent estimates were significant and acceptable, that is, from .45 to .74.

Secondly, it was conducted the bifactorial analysis of the English scale, because in its EFA we obtained two dimensions. The English bifactorial structure obtained without adjusting the modification indices presented a ratio value of the χ^2 statistic and the degrees of freedom were considered not optimal ($CMIN/DF = 8.40$; $Df = 19$, $\chi^2 = 159.68$) and an

$AGFI = .78$, a $CFI = .83$ and an $RMSEA = .16$ which are not entirely acceptable. The reagent estimates were significant and acceptable from .50 to .78.

Once it had been found the fit the two univariate and bifactorial English models, it is shown in Table 6 which of them best fits our data and for this, it was checked whether the differences of χ^2 are significant considering the difference in degrees of freedom (df) (Líbano et al., 2019). It can be concluded that the F1 (univariate) model is significantly better than the F2 (bifactorial) model in the English version.

Nonetheless, to validate the English version, modifications had to be made, which we show in Figure 1. The CFA was performed with two links between error $e1$ with error $e4$ and error $e2$ with error $e3$, which suggested the modification indices. The unifactorial structure obtained with this modification presented a ratio value of the statistic χ^2 and the degrees of freedom considered optimal ($CMIN/DF = 2.29$; $Df = 18$, $\chi^2 = 41.24$) and an $AGFI = .93$, a $CFI = .97$ and an $RMSEA = .066$ which are acceptable. The estimates of the items were significant and acceptable, that is, from .43 to .75.

CFA of the Spanish HPSC.

The confirmatory Spanish unifactorial structure obtained without adjusting the modification indices presented a ratio value of the χ^2 statistic and the degrees of freedom considered optimal ($CMIN/DF = 2.92$; $Df = 20$, $\chi^2 = 58.43$) and an $AGFI = .93$, a $CFI = .94$ and an $RMSEA = .07$ which are acceptable. The reagent estimates were significant and acceptable, that is, from .43 to .67, see Figure 2.

Therefore, it can be considered the English and Spanish versions are validated one-dimensionally and the 8 items selected in the exploratory subsamples are maintained. For further confirmatory analysis, see supplementary material.

Criterion, convergent and discriminant validity

Comparison of means and nominal variables of the scale.

No differences were found in the total sample by country, $t(1221) = .810, p = .418$ (2-tailed), $d = .05$ 95% CI $[-.07, .16]$ when analyzing the HPSC scale and by university course (Humanities, Business, Science, Health Science, Engineering and others), $F(6, 1222) = 21.38, p = .861$ (similar non-significant result in the country subsamples). Table 7 and Table 8 show the comparative analysis and means according to the t-test for independent samples, in order to analyze differences in the responses of the scale by gender, sexual orientation, nationality, marital status and religiousness. In relation to the previous literature found, the scores on the scales indicated that of the groups of variables analyzed, women and non-single people had fewer negative sexual risky behavior with differences in the effect of size small to medium and in the Spanish sample non-single people and believers had fewer negative sexual risky behavior with differences in the effect of size small to medium.

Correlations in the British and Spanish samples.

The values shown in Table 9 and Table 10 of the scale without taking the means as in the previous analysis show a small correlation with SOS, indicating that less risky sexual behaviors are related to more erotophobic attitudes in both samples and versions of the scale. Regarding the rest of the variables in the samples from the two countries, no correlations were found between gender sexual roles (DSS) or age in relation to risky sexual communication behaviors.

These results suggest that the HPSC items are relevant to instrumentalize a measurement of risky sexual behavior because they are related to the variables analyzed in the previous literature and factors related to their discrimination and social differences (Catania, 1998).

DISCUSSION

The objective of this study was to validate in Spanish and revalidate in English the HPSC scale for the evaluation of communicative behaviors of sexual risk in the young student population who speak Spanish or English. Evidence of the reliability and validity of this scale was found, based on the review of research that used this scale and recent literature on risk behaviors (Fino et al, 2021). The results obtained in its reliability are similar to those obtained by Catania (1998), adding further scientific rigor to the evaluation of its construct, although the results obtained in the EFA and CFA could not be compared, since the author did not publish these results. When using the EFA and the CFA to explore and test our tool, it was obtained a one-dimensional scale valid in both languages. The Spanish version fits all indices excellently and the English version fits these indices acceptably, although it presents two links that may require further investigation (Boateng et al., 2018). Finally, like the version presented by Serovich et al. (2017) this scale is made up of eight items with 4 Likert-type response options ranging from 1 = Always, 2 = Almost always, 3 = Sometimes and 4 = Never. The scores are obtained by adding the values of each of the items ranging from 8 to 32 in which the highest score indicates greater communicative behaviors of sexual risk. Specifically, the presence of communicative sexual risk behaviors is considered low in mean scores between 8 and 16, the presence of moderate risk between 16 and 24 and high risk between 24 and 32.

The HPSC focuses on key communication behaviors to avoid sexual risk in sexually active youth and adults, focusing on unprotected sex, communication with sexual partners, a history of sexual health problems, and the influence of substance use and sex (Pereira et al., 2015). Despite the brevity of this scale, we can see that it encompasses a wide range of risky sexual behaviors that are appropriate to current trends, which will have immediate benefits in the detection of these behaviors in the population that it evaluates (Gause et al, 2018). As it is

a scale that focuses on risk antecedents, unlike other scales that focus more on sexual activity, it is an instrument that should be used in the prevention and detection of sexual risk behaviors. For instance, it might be used routinely from entry to school and throughout young people's academic progression. This would allow it to be used longitudinally to detect changes in the sexual behavior of adult people. Due to the brevity, it may be more appropriate for reaching more people since it avoids posing risks of fatigue and disinterest that may be associated with longer scales. At the same time, its brevity facilitates institutional application in educational and health centers where time is short. It also has the scope to empower young people by raising their awareness and agency around aspects of their sexual health (Mirzaei et al., 2016).

In this study, differences were found by marital status, small in the Spanish sample and medium in the British one. In the British sample, mean differences were also found by gender and small in the Spanish one by religious adherence. The greater presence of risk conducts in single and non-religious people is related to the presence of more situations that entail exposing themselves to sexual risk behaviors, correlating with the greater presence of attitudes toward sexual openness (SOS) (Gause et al, 2018).

Considering the study by Lara (2008), Levant et al. (2012) and Serovich et al. (2017), these different results by gender could be related to condom negotiation behaviors associated in men with the myths that their use reduces sexual pleasure and greater adherence to risky behaviors and sexual stereotypes. In addition, much like Pereira et al. (2015), who, unlike our study, obtained higher sexual risk behaviors in female students, they state that the lack of communication with the sexual partner increases the risk of the transmission of sexual diseases associated with sexism and gender violence, which should have been related to the DSS construct. Interestingly, no differences or correlations were found by age, sexual orientation, and nationality, suggesting that the communication of sexual behaviors is similar

and independent of these variables. These data and the fact that no correlations were found with the DSS are related to the reduction of racial, religious, and sexual prejudices by being able to opt for greater educational access and living in more inclusive societies that are allowing new sexual scripts to emerge and with it the equalization of sexual behaviors in the different population groups (Alonso et al., 2021; Doran et al., 2021).

On the other hand, if we compare the full version of the scale with scores obtained in previous studies such as those obtained in the study by Van-der-Straten et al. (1998) in participants between 18 and 49 years of age ($M= 23.2$, $SD=7.4$ $N=835$), from Levant et al. (2012) in university women between 18 and 49 years old ($M= 25.5$, $SD= 5$, $N=674$) and from Pereira et al. (2015) in university students between 18 and 49 years old ($M=25.8$, $SD=7.83$, $N=537$), it can be seen that risky communication behaviors are increasing. The new version validated cannot be compared because we have used 8 items instead of 10 items and the only study that has used a version of 8 is Serovich et al. (2017) in very specific samples of homosexual men who were carriers. of HIV ($M=14.92$, $SD=5.13$, $N= 337$), which presented fewer risky sexual behaviors than those of this research. On the other hand, in the studies of Lara et al. (2008) on young women and Pereira et al. (2015) using the HPSC, it has also been pointed out that the topics of least communication between couples were talking about not having sex if the condom was not used and performing serological tests before having sexual intercourse. Corresponding to Serovich et al. (2017) and Lee et al. (2019) the communication of these two aspects is the one that is most closely related to the prevention of STIs and due to insufficient strategies and the loss of fear of its contagion, it is necessary to continue in the search for programs that are adapted to this issue. These results would be related to the data obtained by the WHO (2019), the CDC (2019) and the Public Health Agency of Canada (2015), which expose the increase in STIs and sexual risk behaviors in the population. Students are cautious about disclosing their risky sexual behaviors and asking for STI tests

due to perceived judgementalism on the part of health workers, the high stigmatization of these behaviors and the association with contracting these diseases (Adebayo et al., 2019; Cassidy et al., 2018). Facilitating anonymous surveys and demystifying stereotypes is essential to change behaviors and improve their prevention (Mirzaei et al., 2016). Consequently, as has been shown, it is necessary to implement instruments that are easy to administer and interpret, since the current study indicates that risky sexual behaviors are increasing in students (Fino et al., 2021; UNESCO, 2018). Identifying that the young population, such as university students, are at risk of suffering sexual health problems are key to the development and implementation of educational and health intervention that aim to reduce this risk of sexual behaviors (EEGSE, 2016; Lewis et al., 2021). These strategies will also help alleviate the negative effects that may flow from these behaviors, meet wider population needs and support consistent responses to the problems and challenges experienced by young people (Du et al., 2021). The current analysis will allow us to understand the British and Spanish context in which this Health Education must be configured. Health professionals, with special emphasis on the nurse, are the key professional figures for the detection, prevention and promotion of sexual health in the communities (Doran et al., 2021).

The strengths of this scale concerning other scales that measure risky sexual behaviors are that this instrument has previously been used to identify initial problems of sexual risk and has been validated together with other standardized scales, which scientifically reinforces its effectiveness, reliability, and validity to assess risk behaviors toward sexuality of young populations of sexually active adults (Acharya et al., 2017; García et al., 2017; Moreira et al. 2022). The employment and outcomes obtained through the HPSC will help to support and inform interventions focused on unfavorable predispositions toward risky sexual behaviors. Knowing which are the main risk behaviors that remain latent in

society is essential in order to carry out effective educational and health strategies. This scale is also validated in different sociocultural contexts and in two languages, which facilitates its access and integration as a scientific survey, institutional resource and public opinion survey. In addition, there is no tendency to measure risky sexual behaviors and these studies have decreased, although these conducts are increasing, which makes it necessary to implement short, standardized instruments in several languages. This would allow a much broader acquisition of information on this construct and will facilitate the analysis of the impact of changes in risky sexual behaviors and their interventions. Sampling in university populations is not considered a constraint due to these students have passed through the entire educational system and are young adults with established ideologies on this topic that will influence future generations (Sherab et al. 2019). Furthermore, about 70% of the population in both Spain and England undertake some university study at some point in their lives (Eurostart, 2020).

The study limitations lie in the lack of visibility of ethnic and sexual minority groups and of people from rural areas, people of low economic status, who are generally not represented when using online surveys and may be less present in university populations. The subject itself can be uncomfortable for some people and can lead to bias in their responses as they feel aware, exposed, and potentially judged for their sexual practices, due to the existing stigmatization of these behaviors and the spread of STIs, especially HIV. Future studies should include replication in school populations and adults from the general population, with the aim of reaching population groups that are not represented in this research. It is also recommended that these predispositions be compared with other scales that assess risky sexual behaviors or with other criteria variables such as political ideologies, emotions, self-esteem, stigmatization of being an STI carrier, and another series of variables related to predispositions to sexual risk behaviors. It would be interesting to evaluate these scores after

the implementation of the new subject in Relationships and Sex Education in the UK and in Spain after the educational and legislative changes.

In conclusion, this article shows adequate psychometric properties (EFA and CFA) of the revalidation and validation of the HPSC in English and Spanish, which is shown as a brief 8-item tool to measure risky sexual behaviors adapted to young adult populations of different sociocultural levels. The HPSC is considered a tool to identify, prevent and evaluate the persistence of risky sexual behaviors over time, influenced by the impact of events and sociocultural changes. Identifying the sexual risk behaviors that young people face and their behavioral tendencies allows for creating awareness and responsibility for their sexual health, contributing to generating educational and health changes and, consequently, behavioral patterns toward sexuality.

International implications for practice

Health personnel and educators, especially nurses, counselors, schoolteachers, have the role of providing guidance on sexuality and contribute to the detection of dysfunctional patterns that may arise in the relationships in which these experts are present (Adebayo & Salerno, 2019). This scale is a validated tool, adapted and updated to Spanish and English, that will facilitate the detection of sexual risk behaviors by health and social professionals to improve prevention and health promotion strategies in their communities. Consequently, Comprehensive Sexuality Education should be incorporated into university curricula with the intention of solving the lack of training, the shyness of professionals to talk about sexuality and the exclusive centralization of a biomedical model, to prevent these issues from affecting the community in which they practice their professions (Kim et al., 2020). The training of qualified professionals in this area will contribute to respect for gender equality and sexual orientation, the prevention of STIs, the responsible use of contraceptives, the avoidance of

unwanted pregnancies, the reduction of sexual abuse, the detection of affective family deficiencies and the understanding of new family nucleus (Mahat, 2019).

In addition, the actions of nurse sexuality educators will influence different global aspects for the promotion of sexual health, such as politicians in legislation or video game designers in the sexual and racial roles of their characters (O'Byrne et al., 2019). Sexuality is a topic that concerns the entire population, and its training should be incorporated to all professionals in an interdisciplinary manner. It is a fact that professionals address sexuality informally and/or formally on a daily basis depending on their profession, with nurses being among the professionals who most address this issue in their actions (Magowe & Holstad, 2016).

Therefore, for Sex Education programs to be effective it is necessary that nurses lead and develop educational programs based on sexuality competencies that include the training of future professionals. The nurse should work in an interdisciplinary team to facilitate its accessibility to different community settings. In this way, it will help to avoid the negative influence of sexuality beliefs, reduce risky behaviors, improve the lack of training of other professionals, and lead to changes in curricular and health legislations (Doran et al., 2021; Lee et al., 2019).

Acknowledgments

We must thank all the students who decided to participate voluntarily in this project and all the university staff and the nurses who contributed to helping us spread the survey. We want to especially thank the clinical and school nurses who helped us to conceptualize the topic and encouraged us to carry out this study, pointing out the need to act in the face of the relevant problems detected in their consulting rooms. To the author of this scale for allowing us to continue with his research.

Ethics approval

The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Committee of Universidad de Burgos (protocol code IR 24/2019 and 28/05/2018) and Newcastle University (protocol code IR 24/2019 and 15/07/2019). No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

The authors have not received external funding to carry out this research.

Declaration of Competing Interest

The authors declare no conflict of interest.

Authors' contribution

The authors have contributed equally to all sections.

Data availability statement

The data reported in this manuscript can be approached by contacting the corresponding authors and it is deposited in a digital repository that can be accessed from the following link, <https://doi.org/10.5281/zenodo.5720351>.

REFERENCES

- Acharya, D., Thomas, M., & Cann, R. (2017). Evaluating school-based sexual health education programme in Nepal: An outcome from a randomised controlled trial. *International Journal of Educational Research*, 82, 147-158.
- <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2017.02.005>

- Adebayo, O. W., & Salerno, J. P. (2019). Facilitators, barriers, and outcomes of self-initiated HIV testing: an integrative literature Review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 33(3), 275-291. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.3.275>
- Alonso-Martínez, L., Fernández-Hawrylak, M., Heras-Sevilla, D., & Ortega-Sánchez, D. (2021). Understand Sexual Risk Behaviors in Young Adults and Challenges in their Education. *Qualitative Research in Education*, 10(2), 172–203. <https://doi.org/10.17583/qre.2021.6996>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in public health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Boedeker, P., & Henson, R. K. (2020). Evaluation of heterogeneity and heterogeneity interval estimators in random-effects meta-analysis of the standardized mean difference in education and psychology. *Psychological Methods*, 25(3), 346–364. <https://doi.org/10.1037/met0000241>
- Bouclaous, C.H, Alrazim, A., Chababi, J., Jamaledine, W., Nassar, E., Maalouf, Aridy, S.D., Naccache, M., Abboud, D.M., Assi, M., & Slika., M. (2021) Association between sources of sexuality education, sexual beliefs and behaviors in Lebanese young adults: a university-based cross-sectional study. *Sex Education*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1722624>
- Calvo, S. (2021). Educación sexual con enfoque de género en el currículo de la educación obligatoria en España: avances y situación actual. *Educatio Siglo XXI*, 39(1), 281-304. <https://doi.org/10.6018/educatio.469281>

- Caron, S. L., Davis, C. M., Halteman, W. A., & Stickle, M. (1993). Predictors of condom-related behaviors among first-year college students. *Journal of Sex Research, 30*(3), 252–259. <https://doi.org/10.1080/00224499309551709>
- Carpintero, E., & Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del “sexual opinion survey” (SOS). *Cuadernos de Medicina Psicosomática, 31*, 52-61
- Cassidy, C., Bishop, A., Steenbeek, A., Langille, D., Martin-Misener, R., & Curran, J. (2018). Barriers and enablers to sexual health service use among university students: A qualitative descriptive study using the Theoretical Domains Framework and COM-B model. *BMC Health Services Research, 18*. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3379-0>
- Catania, J. (1998). Health Protective Sexual Communication Scale. In C. Davis, W. Yarber, & S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 544-547). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Catania, J. A. (1991). Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: The population-based AMEND (AIDS in multi-ethnic neighborhoods) study. *American Journal of Public Health, 81*, 284-287. <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.2.284>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019) *Sexual Risk Behaviors can lead to HIV, STDs and Teens pregnancy*. Adolescent and School Health. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/>
- De Neef, N., Coppens, V., Huys, W., & Morrens, M. (2019). Bondage discipline, dominance-submission and sadomasochism (BDSM). From an integrative biopsychosocial perspective: A systematic review. *Sexual Medicine, 7*(2), 129–144. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.02.002>
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J, Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R.

P., Hickman, M. & Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192-e1207. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30375-3)

Department of Education. (2021). *Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education*. London: Department of Education. <https://www.gov.uk/government/publications/relationships-education-relationships-and-sex-education-rse-and-health-education>

Doran, K., Barrett, B. A., & Buchanan, M. (2021). A Nurse-Run Public Health Clinic for Individuals Utilizing a Community Outreach Center. *Journal of Community Health Nursing*, 38(3), 173-178. <https://doi.org/10.1080/07370016.2021.1932951>

Du, X., Zhang, L., Luo, H., Rong, W., Meng, X., Yu, H. & Tan, X. (2021). Factors associated with risk sexual behaviors of HIV/STDs infection among university students in Henan, China: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 18, 172. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01219-3>

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. (2019). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019–2018 data*. Recovered from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2019-2018-data>

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. (2019). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019–2018 data*. Recovered from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2019-2018-data>

European Commission (2020). *Country profiles. Access information about national higher education systems, funding opportunities and visas. Spain*. European Union.

Recovered from: https://ec.europa.eu/education/study-in-europe/country-profiles/spain_en

European Commission (2020). *Country profiles. Access information about national higher education systems, funding opportunities and visas. United Kingdom.* European Union.

Recovered from: https://ec.europa.eu/education/study-in-europe/country-profiles/united-kingdom_en

Eurostat. Statistic explained (2020). *Tertiary education statistics.* European Union. Recovered from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tertiary_education_statistics#Participation

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics.* (Fifth edition). SAGE.

Fino, E., Jaspal, R., Lopes, B., Wignall, L., & Bloxsom, C. (2021). The Sexual Risk Behaviors Scale (SRBS): Development & Validation in a University Student Sample in the UK. *Evaluation & the Health Professions*, 44(2), 152–160.
<https://doi.org/10.1177/01632787211003950>

Fisher, W. A., Byrne, D., & White, L. (1983). Emotional barriers to contraception. In D. Byrne & W. A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex, and contraception* (pp. 207-239). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25(1), 123–151. <https://doi.org/10.1080/00224498809551448>

Flake, J. K., Pek, J., & Hehman, E. (2017). Construct Validation in Social and Personality Research: Current Practice and Recommendations. *Social Psychological and Personality Science*, 8(4), 370–378. <https://doi.org/10.1177/1948550617693063>

Gause, N. K., Brown, J. L., Welge, J., & Northern, N. (2018). Meta-analyzes of HIV prevention interventions targeting improved partner communication: effects on

- partner communication and condom use frequency outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(4), 423-440. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9916-9>
- INJUVE. (2019) *Prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual está en tu mano*. Spain. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Gobierno de España. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors><http://www.injuve.es/convivencia-y-salud/noticia/prevenir-las-infecciones-de-transmision-sexual-esta-en-tu-mano>
- Jaso-Medrano, J. L., López-Rosales, F., & Gámez-Guadix, M. (2018). Assessing the links of sexting, cybervictimization, depression, and suicidal ideation among university students. *Archives of suicide research*, 22(1), 153-164. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1304304>
- Jaspal, R. (2020). Sexual health perceptions among first-year students at a British University. *American Journal of Sexuality Education*, 15(2), 158–179. <https://doi.org/10.1080/15546128.2019.1701597>
- Jaspal, R., Lopes, B., Wignall, L., & Bloxsom, C. (2021). Predicting sexual risk behavior in British and European Union university students in the United Kingdom. *American Journal of Sexuality Education*. <https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1869129>
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., ... & Lim, C. (2018). Youth risk behavior surveillance—United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(8), 1-114. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1>
- Kim, G. S., Shim, M. S., Choi, J. Y., Lee, J. I., & Kim, J. M. (2020). Testing a Question Prompt Intervention to Improve Communication between Patients with HIV and Healthcare Providers: A Pilot Study. *Journal of Community Health Nursing*, 37(3), 153-163. <https://doi.org/10.1080/07370016.2020.1780045>

- Lara, C. L., Cianelli, A. R., Ferrer, L. L., Bernales, S. M., & Villegas, R. N. (2008). Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horizonte de enfermería*, 19(2), 35-43.
- Lee, Y. M., Mondragón, E., Jeong, Y. M., Lee, H. H., Aquino, E., & Shim, K. (2019). Exploring the need of HPV education programs in Korean American communities. *Journal of Community Health Nursing*, 36(1), 19-30.
<https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1555312>
- Levant, R. F., Rankin, T. J., Hall, R. J., Smalley, K. B., & Williams, C. M. (2012). Measurement of nontraditional sexuality in women. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 283–295.
<https://doi.org/10.1007/s10508-011-9793-6>.
- Lewis, P., Bergenfeld, I., Thu Trang, Q., Minh, T. H., Sales, J. M., & Yount, K. M. (2021). Gender norms and sexual consent in dating relationships: a qualitative study of university students in Vietnam. *Culture, health & sexuality*, 24(3), 358-373.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1846078>
- del Líbano Miralles, M., Landa, S. U., Martínez, A. P., & García, A. G. (2019). *Manual práctico de análisis estadístico en ciencias de la salud: pruebas paramétricas y no paramétricas*. Universidad de Burgos, Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional.
- López Sánchez, F. (2015). Apego y relaciones amorosas. *Informació Psicològica*, 82, 36-48.
- Madigan, S., Ly, A., Rash, C. L., Van Ouytsel, J., & Temple, J. R. (2018). Prevalence of multiple forms of sexting behavior among youth: A systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 172(4), 327-335.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5314>
- Magowe, M. K., & Holstad, M. M. (2016). Development and Psychometric Evaluation of Health Protective Sexual Communication Content Discussed Scale for Young Women

- in Gaborone, Botswana. *Journal of Nursing Measurement*, 24(3), 399-418.
<https://doi.org/10.1891/1061-3749.24.3.399>
- Mahat, G. (2019). Relationships between adolescents' knowledge, attitudes, and fears related to HIV/AIDS. *Research and Theory for Nursing Practice*, 33(3), 292-301.
<https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.3.292>
- Matković Puljić, V., & Begovac, J. (2013). Health protective sexual communication among HIV testing seekers. *Infektološki glasnik*, 33(4), 163-169.
- Meador, N., King, K., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., ... & Sowden, A. J. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviors. *bmc public health*, 16(1), 657. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3373-6>
- Mirzaei, M., Ahmadi, K., Saadat, S. H., & Ramezani, M. A. (2016). Instruments of high risk sexual behavior assessment: a systematic review. *Materia socio-medica*, 28(1), 46–50.
<https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.46-50>
- Morales, A., Espada, J. P., Reis, S., & Orgilés, M. (2019). Portuguese version of the HIV-related Attitudes Scale (HIV-AS) for adolescents: Adaptation, validation, and equivalency factor with the Spanish version. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(4), 479–489. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000426>
- Moreira, T., Rosário, P., Azevedo, R., Núñez, J. C., & Fuentes, S. (2022). Living on a double-edged sword: Intergenerational perspectives of women from Gypsy groups about the influence of education on cultural identity. *International Journal of Educational Research*, 111, 101915. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2021.101915>
- Nason, E.E., & Yeater, E.A. (2020). Type of Judge Influences Judgments of College Women's Responses to Increasingly Coercive Sexual and Nonsexual Social Situations. *Archive of Sexual Behaviors*. 49, 895–907. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01557-1>

- O'Byrne, P., Orser, L., & Jacob, J. D. (2019). The “side effects” of HIV PEP use: Forced reflections and introspections on sexual decision-making. *Research and Theory for Nursing Practice*, 33(2), 196-208. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.2.196>
- Pereira, A., Fávero, M., Barbosa-Ducharne, M. A., Almeida, A. I., & Figueiredo, C. (2015). Comunicação com o/a parceiro/a sexual acerca de preocupações preventivas, auto-eficácia contraceptiva e (in) satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 33(2), 195-206. <https://doi.org/10.14417/ap.949>.
- Public Health Agency of Canada. (2015). *Report on sexually transmitted infections in Canada: 2012*. Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Government of Canada. Recovered from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/surveillance-epidemiology-sexually-transmitted-infections-hep-b-c/report-2012/report-on-sexually-transmitted-infections-canada-2012-8.html>
- Public Health England. (2018). *An STI is diagnosed in a young person every 4 minutes in England*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/news/an-sti-is-diagnosed-in-a-young-person-every-4-minutes-in-england>
- Rojas-Guyler, L., Ellis, N., & Sanders, S. (2005). Acculturation, Health Protective Sexual Communication, and HIV/AIDS Risk Behavior Among Hispanic Women in a Large Midwestern City. *Health Education & Behavior*, 32(6), 767–779. <https://doi.org/10.1177/1090198105277330>
- Schumacker, R.E., & Lomax, R.G. (2016). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling: Fourth Edition* (4th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315749105>
- Serovich, J. M., Laschober, T. C., Brown, M. J., & Kimberly, J. A. (2017). Longitudinal findings on changes in and the link between HIV-related communication, risky sexual

behavior, and relationship status in men who have sex with men living with HIV.

Sexually transmitted diseases, 44(12), 732.

<https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000680>

Sherab, K., Howard, J., Tshomo, S. *et al.* (2019). An Exploratory Study of Sexual Risk Behavior Among University Students in Bhutan. *Sex Res Soc Policy*, 16, 455–462.

<https://doi.org/10.1007/s13178-018-0355-8>

Sierra, J.C., Rojas, A., Ortega, V., Martín Ortiz J.D. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS).

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 7, 41-60

Van der Straten, A., Catania, J. A., & Pollack, L. (1998). Psychosocial correlates of health-protective sexual communication with new sexual partners: the National AIDS Behavioral Survey. *AIDS and Behavior*, 2(3), 213-227.

<https://doi.org/10.1023/a:1022137817863>

World Health Organization. (2019). *Sexually transmitted infections (STIs)*. Recovered from:

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

De-Vries, E., Kathard, H., y Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>

Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods.

Behavior research methods, 51(1), 409-428. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>

TABLES

Place on page 13. Table 1. Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC) in

English and Spanish.

Nº	Items
1	Asked a new sex partner how they felt about using condoms before you had intercourse/ Cuando tienes una nueva pareja sexual le preguntas como se siente sobre usar el preservativo antes de tener relaciones sexuales.
2	Asked a new sex partner about the number of past sex partners (they) had/ Cuando tienes una nueva pareja sexual le preguntas sobre el número de relaciones sexuales pasadas que ha tenido.
3	Told a new sex partner about the number of sex partners you have had/ Cuando tienes una nueva pareja sexual le dices el número de relaciones sexuales que tú has tenido.
4	Told a new sex partner that you won't have sex unless a condom issued/Has explicado a tu nueva pareja sexual que no tendrás sexo sino usa condón.
5	Discussed with a new sex partner the need for both of you to get tested for a sexually transmitted disease, such as the HIV virus, before having sex/ Has hablado con tu nueva pareja sexual de la necesidad de haceros un análisis de sangre para chequear si tenéis alguna enfermedad de transmisión sexual, como ser portador del virus del VIH, antes de tener sexo.
6	Talked with a new sex partner about not having sex until you have known each other longer/ Has hablado con tu nueva pareja de no tener relaciones sexuales hasta que os hayáis conocido durante más tiempo el uno al otro.
7	Asked a new sex partner if (they) has ever had some type of Sexual Disease, like herpes, clap, syphilis, gonorrhea/ Has preguntado a tu nueva pareja sexual si ha tenido algún tipo de Enfermedad Sexual, como herpes, clamidia, sífilis o gonorrea.
8	Asked a new sex partner if(they) ever shot drugs like heroin, cocaine, or speed/ Has preguntado a tu nueva pareja sexual si ha consumido drogas como la heroína, la cocaína o el speed.

Place on page 14. Table 2. HPSC internal consistency in the British sample.

Item	<i>Item Mean</i>	<i>Item Standard Deviation</i>	<i>Scale mean (Item deleted)</i>	<i>Var.</i>	<i>CI-T</i>	<i>A</i>
1/ HPSC1	1.69	1.14	17.7858	44.385	.483	.855
2/ HPSC 2	2.51	1.21	16.9628	41.532	.639	.838
3/ HPSC 3	2.42	1.21	17.0566	41.979	.609	.842
4/ HPSC 4	2.03	1.27	17.4460	42.173	.558	.847
5/ HPSC 5	2.92	1.46	16.5558	39.574	.616	.841
6/ HPSC 6	2.54	1.21	16.9327	41.949	.610	.842
7/ HPSC 7	2.49	1.35	16.9805	39.569	.683	.833
8/ HPSC 8	2.87	1.37	16.6000	40.028	.640	.838

Var.= scale variance (item suppressed).

CI-T= Item-total correlation.

α = Cronbach's alpha (item deleted).

Place on page 15. Table 3. HPSC internal consistency in the Spanish sample.

Item	<i>Item Mean</i>	<i>Item Standard Deviation</i>	<i>Scale mean (Item deleted)</i>	<i>Var.</i>	<i>CI-T</i>	<i>A</i>
1/ HPSC1	1.75	1.37	17.3116	38.130	.420	.788
2/ HPSC 2	2.79	1.28	16.2751	36.793	.560	.766
3/ HPSC 3	1.96	1.30	17.1049	38.700	.415	.788
4/ HPSC 4	1.60	1.18	17.4650	39.631	.409	.788
5/ HPSC 5	3.06	1.38	16.0046	36.090	.547	.768
6/ HPSC 6	2.6	1.34	16.4605	37.043	.509	.774
7/ HPSC 7	2.66	1.42	16.4027	35.099	.594	.760
8/ HPSC 8	2.64	1.40	16.4225	35.362	.585	.761

Var.= scale variance (item suppressed).

CI-T= Item-total correlation.

α = Cronbach's alpha (item deleted).

Place on page 16. Table 4. HPSC Rotated Component Matrix and structure in British exploratory subsample.

Item	Component		Factor items	α	Final Dimension (Subscale-F)
	1	2			
HPSC1	.739		F1	.78	Protective behaviors against risky sexual practices (condom) and birth control.
HPSC4	.853				
HPSC5	.675				
HPSC6	.574	.494	F2	.84	Sex partners and sexual diseases transmission.
HPSC2		.857			
HPSC3		.885			
HPSC7	.576	.577			
HPSC8	.514	.596			

Place on page 16. Table 5. HPSC Component Matrix in Spanish exploratory subsample

Item	Component
	1
HPSC8	.763
HPSC7	.760
HPSC2	.685
HPSC6	.683
HPSC5	.670
HPSC1	.582
HPSC4	.548
HPSC3	.508

Place on page 17. Table 6. CFAs adjustment index in the British HPSC.

Models	χ^2	df	GFI	AGFI	RMSEA	IFI	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
1 Factor	164.31	20	.879	.783	.155	.832	.830		
2 Factors	159.68	19	.881	.775	.157	.836	.834	1F-2F= 4.63**	1

Place on page 19. Table 7. T-test for the HPSC by criterion variables in the British sample.

Variables		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Cohen's d</i>	
					<i>d</i>	95% <i>CI</i>
Gender, <i>M(SD)</i>						
Female	Male					
20.85(4.99)	22.80(5.00)	-4.36	544	.001**	-.40	-.58, -.22
<i>n</i> =368	<i>n</i> =178					
Nationality, <i>M(SD)</i>						
British	Other nationality					
21.59(5.10)	21.13(4.97)	.92	550	.359	.09	-.10, .29
<i>n</i> =418	<i>n</i> =134					
Sexual orientation, <i>M(SD)</i>						
Heterosexual	LGBTIQ+					
21.66(5.02)	21.05(5.12)	1.38	558	.17	.12	-.05, .29
<i>n</i> =359	<i>n</i> =201					
Civil state, <i>M(SD)</i>						
Single	Other single state					
22.02(5.00)	20.45(5.02)	3.58	561	.001**	.31	.14, .49
<i>n</i> =360	<i>n</i> =203					
Religion, <i>M(SD)</i>						
Believers	Non-religious					
21.04(5.46)	21.64(4.86)	-1.30	558	.196	-.12	-.29, .06
<i>n</i> =182	<i>n</i> =378					

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Place on page 19. Table 8. T-test for the HPSC by criterion variables in the Spanish sample.

Variables		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Cohen's d</i>	
					<i>d</i>	95% <i>CI</i>
Gender, <i>M(SD)</i>						
Female	Male					
2097(4.91)	21.69(4.66)	-1.79	656	.07	-.15	-.31, .01
<i>n</i> =441	<i>n</i> =217					
Nationality, <i>M(SD)</i>						
Spanish	Other nationality					
21.26(4.87)	20.45(4.37)	1.12	656	.263	.17	-.13, .46
<i>n</i> =610	<i>n</i> =48					
Sexual orientation, <i>M(SD)</i>						
Heterosexual	LGBTIQ+					
21.07(5.05)	21.56(4.18)	-1.15	656	.25	-.10	-.27, .07
<i>n</i> =479	<i>n</i> =179					
Civil state, <i>M(SD)</i>						
Single	Other single state					
21.53(4.73)	20.54(5.99)	2.48	650	.014*	.21	.04, .37
<i>n</i> =439	<i>n</i> =213					
Religion, <i>M(SD)</i>						
Believers	Non-religious					
21.89(4.55)	20.82(5.04)	2.73	611	.007*	.22	.06, .38
<i>n</i> =273	<i>n</i> =340					

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$ **Place on page 19.** Table 9. Correlations between the British HPSC and another criterion variables.

	HPSC	DSS	SOS	AGE
HPSC	1			
DSS	-.02	1		
SOS	-.11**	-.35**	1	
AGE	.03	-.16**	.05	1

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Place on page 19. Table 10. Correlations between the Spanish HPSC and another criterion variables.

	HPSC	DSS	SOS	AGE
HPSC	1			
DSS	.07	1		
SOS	-.24**	-.36	1	
AGE	.07	-.03	.04	1

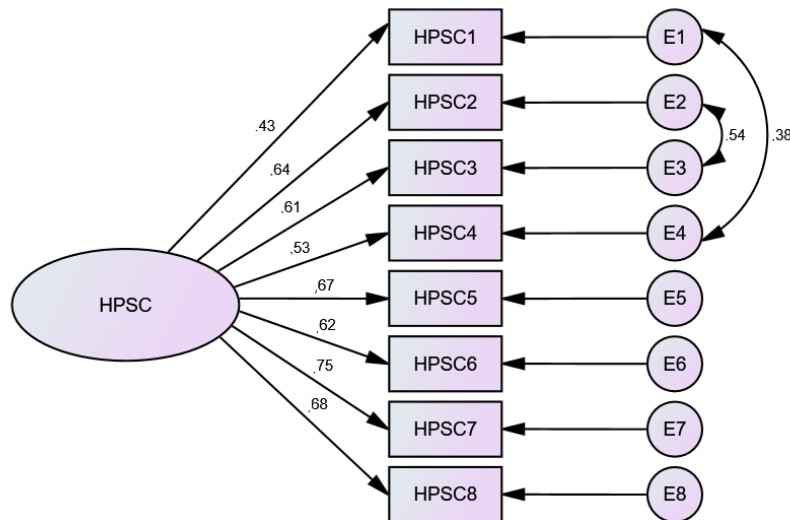
* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

FIGURES

Figure 1. British HPSC internal unifactorial structure with modification indices. **Place on page 18**

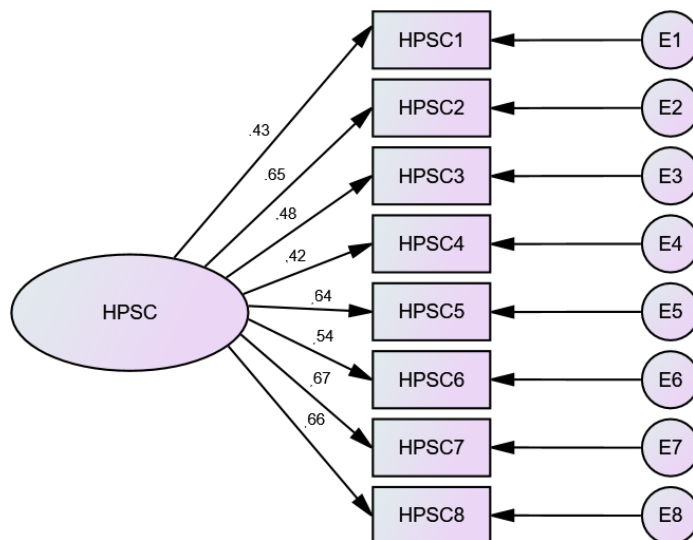
Figure 2. Spanish HPSC internal unifactorial structure. **Place on page 18**

Figure 1. British HPSC internal unifactorial structure with modification indices.



Chi square=41.242, df=18, p=.001,
gfi=.967, agfi=.934, rmsea=.066,
ifi=.973, tli=.957, cfi=.973.

Figure 2. Spanish HPSC internal unifactorial structure.



Chi square=58.431, df=20, p=.000,
gfi=.959, agfi=.926, rmsea=.073,
ifi=.937, tli=.911, cfi=.936.

ANEXO VII.

ESTUDIO VII. Validation in Spanish and revalidation in English of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS) and trans inclusive behaviors on Spanish and British youth

Validation in Spanish and revalidation in English of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS) and trans inclusive behaviors on Spanish and British youth.

The Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS, Kattari et al., 2017) seeks to measure transgender-inclusive behavior, i.e., actions and language use that supports transgender people. We developed a Spanish version and compared its structure and psychometric properties to that of the original version and compared predictors of transgender-inclusive behavior between Spain and the United Kingdom. For this purpose, we tested the scale with 1110 university students, 545 from Spain and 565 from the United Kingdom. An EFA and CFA were performed to explore and confirm the factorial structure of the TIBS. The results showed the same three-dimensional structure in both languages and the 15 items proved adequate to the Spanish EFA with $\alpha=.95$ in the British and $\alpha=.89$ in the Spanish sample. LGB sexual orientation, being female, being non-religious proved to be the strongest predictors of inclusive behaviors towards transgender people in both countries. Correlations were found between the TIBS and other sexuality scales (HPSC, DSS, HATH and EANT) which also confirmed that this scale is a well-grounded scale to measure inclusive behaviors. These findings support the development of public health strategies to increase the social inclusion of transgender people and TIBS is a useful measure to track their success.

Keywords: Behavior; Inclusive, Transgender; Sexuality Education; Higher Education; Spain; United Kingdom.

1. INTRODUCTION

Transgender identity can be defined as “*a collective term to refer to those individuals who do not identify with the gender (expression, roles and/or behavior) assigned to them at birth based on their biological sex, including transgender and gender non-conforming people*” (Alonso, et al., 2021, p.1). In recent decades there has been a cultural movement seeking to guarantee recognition of the sexual rights of transgender people, by understanding that gender and sex are different constructs and

that the sex assigned at birth does not have to be aligned with gender identity (Craig, et al. 2021). Nevertheless, according to the organization Transrespect versus Transphobia Worldwide (TvT) to which more than 150 countries belong, there were 4040 murders of transgender people in the period between 2008 and September 2021 (Research project TvT, 2021). TvT reports that the number of murders has increased, from 2019 to 2020, by 6% from 331 to 350. Among transgender people, transgender women, black people, and sex workers are most socially excluded and face the highest risk of being murdered (Diógenes et al., 2019). For instance, transgender women represent 98% of total deaths, of which 82% occurred in North, Central and South America. Brazil recorded 42% of total deaths (Research project TvT, 2021). These data may represent an underreporting of deaths and of course, not all countries provide reports.

Although attitudes of transgender identity have improved, transgender people continue to experience high levels of discrimination that greatly impact on their quality of life (Damanpak et al., 2021). Prejudices against transgender people not only manifest themselves through (often extreme) physical violence, but also through discrimination in education, healthcare, and housing (Kattari, et al., 2017; Whitfield et al., 2019). The experience of negative attitudes towards transgender people may result in internalized stigma leading to delays in accessing medical care for fear of suffering differentiated treatment based on their identity (Kattari et al., 2017). Prejudice towards transgender people can also take place in educational contexts. Transgender students feel insecure due to the lack of training of lecturers and staff and the lack of action and protocols in higher education institutions to avoid harassment and gender violence that occurs on university campuses (Páez et al., 2018). In Spain, in response to discrimination towards and harassment of transgender people and other sex-gender minorities, two laws have been passed to guarantee the rights of this group: Law 3/2007, of March 15, regulates

how people may choose to record their sex and recent Law 2/2021, of June 7, on social equality and non-discrimination based on gender identity, gender expression and sexual characteristics, aims to reduce prejudice towards transgender people and promote inclusion.

Inclusive behaviors can be defined as actions and language that support transgender people in the community both implicitly and explicitly (Lee et al., 2021). The absence of trans-inclusive behaviors is typically demonstrated by failure to provide access to inclusive bathrooms and changing rooms, the use of exclusive cisgender language, the lack of respect for transgender people's names and pronouns, verbal harassment and other discriminatory behavior (Kanamori et al., 2021). In order to evaluate the success of measures promoting inclusivity, it is important to be able to measure attitudes and behaviors towards transgender people. Numerous scales have been developed to measure attitudes towards transgender people including: Gender and Transphobia Ideology Scale (GTS, Hill & Willoughby, 2005); the Transgender Attitudes and Beliefs Scale (TABS, Kanamori et al., 2017); the Attitudes Towards Transgender Individuals Scale (ATIS, Walch et al., 2012); Genderism and the Transphobia Scale (TGTS, Nagoshi et al., 2008); the Scale of Negative Attitudes towards Trans People (EANT, Páez et al., 2015); the Gender Expression Attitudes Towards Transgender Clients Scale (GEATCS, Santos et al., 2017); and, the most recently the Transgender Knowledge, Attitudes and Beliefs Scale (T-KAB, Clark & Hughto, 2020). All of these scales mainly measure attitude; in contrast, the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS, Kattari et al., 2017) is a novel and innovative instrument that seeks to measure trans-inclusive behaviors and thus appears particularly useful to evaluate the impact of educational, legislative, or other measures aimed to improve the inclusion of transgender people (Damanpa et al., 2021).

The aims of the current study were: 1) To develop and validate a Spanish version of TIBS; 2) to check if the originally reported factor structure and psychometric properties of the TIBS can be replicated in a different English sample; and 3) to compare trans-inclusive behaviors and their predictors between university students in Spain and the United Kingdom. In line with previous literature (Kattari et al., 2017), it was expected that being a woman, identifying as LGB+, being non-religious, and of younger age, would correlate positively with self-reported trans-inclusive behavior. It was also expected that marital status and nationality would not predict self-reported trans-inclusive behavior.

2. MATERIALS AND METHODS

2.1 Design and participants

This is a non-experimental and cross-sectional, study based on a survey made up of standardized scales. Participants in this study consisted of two groups of university students, from Spain and from UK. This study received ethical approval by the Ethics Committee of the Spanish and UK University involved in the study. After providing informed consent, 1110 people participated in this study. A description of the sample is presented in Table 1.

2.2 Measures

The survey was identical for respondents in Spain and the United Kingdom, although it was delivered in the native language of each country. The predictor variables were based on these sociodemographic details: gender, age, LGBTIQ+ identity, religiosity, marital status, country, nationality (local vs. foreign student), and university course. The outcome variables were the result of the five following scales:

The TIBS (Kattari et al., 2017) assesses inclusive behaviors towards transgender people. This scale is considered a useful instrument to assess the inclusiveness of transgender people at the individual, group and community level. It is a questionnaire with 15 items with Likert-type response, ranging from 1 = never to 5 = always. It is not necessary to invert any item and the total of the scale is calculated from a simple summation of the item scores. Scores range from 15 to 75 with lower scores indicating less inclusive behaviors towards transgender identities. The items include a variety of inclusive transgender behaviors such as defense and learning of gender right; use of gender inclusive language and knowledge about educational, labor and housing inclusive gender policies. The Kattari et al. (2017) scale presented excellent reliability with a Cronbach's α of .93 in a sample of 918 transgender (30.4%) and cisgender (69.6%) US people.

A Spanish version was previously created by Fernández et al. (2020) who reported a high reliability with $\alpha=.89$ in 59 university lecturers, but they did not perform any factor analysis. Moreover, they included additional items and some of their translations poorly matched the original. Hence, we created a new translation. Translators were proficient in English and Spanish and have a professional background that covers sexual behavior and attitudes in the areas of education, psychology, health, and sociology. Once an initial translation had been carried out, an association of families of transgender minors was contacted who commented on item formulation and sent it to community members for further feedback to help contextualize the construct and its translation. This organization is one of the main associations that fights for the rights of transgender children at the Spanish national level and has broad state recognition on these issues.

The English version of this scale (Kattari et al., 2017) was based on an exploratory factor analysis (EFA) in a US sample but was not followed up by a confirmatory factor analysis CFA. We therefore tested if its one-factor structure could be replicated in a sample of UK students. We retained the original item formulations but changed from American to British spelling.

Both versions of the scale use an inclusive language adapted to each context and are listed in Table 2.

The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC-8) assessed people's perceptions of verbal interactions with a new sexual partner concerning safe sex and sexual histories relevant to sexual disease transmission (Catania, 1998). This scale measured communication that has health protective consequences through its 8 items (E.g., “*Asked a new sex partner if (they) have ever had some type of VD, like herpes, clap, syphilis, gonorrhea*”), which are answered on a 4-point Likert scale (1=Always, 2=Almost always, 3=Sometimes; 4=Never). Scores can range from 8 to 32 and lower scores indicate higher concerns regarding health protective sexual communication (Serovich et al. 2017). The internal consistency of the original 10-items scale proved high Cronbach’s $\alpha = .84$ in Spanish and English speakers. Nevertheless, in this research the shorter version of 8-items was used (Catania, 1998), which drops two original items that are not inclusive for members of the LGTBIQ+ community. The current study found acceptable internal consistencies in the British sample ($N=565$, $M=21.45$, $SD=5.06$, $Min=8$, and $Max=32$, $\alpha=.78$) and in the Spanish sample ($N=523$, $M=21.29$, $SD=4.80$, $Min=9$, and $Max=32$, $\alpha=.72$).

The Double Standard Scale (DSS, Caron et al. 1993) assesses adherence to traditional sexual double standard. Its 10 items (e.g., *“It is worse for a woman to sleep around than it is for a man”*) are answered on 5-point Likert scales (1=Strongly agree to 5=Strongly disagree) with one negatively phrased item being reverse-coded. Scores can range from 10 to 50, with higher scores indicating lower adherence to the traditional double standard. The internal consistency of the scale showed to be acceptable with an $\alpha = .72$ in both the original and Spanish version (Caron et al., 1993; Sierra, et al. 2007) tested in university students. The current study presented a high internal consistency in the British sample ($N=565$, $M=43.03$, $SD=6.52$ $Min=15$ and $Max=50$, $\alpha=.86$) and questionable in the Spanish sample ($N=502$, $M=42.83$, $SD=4.75$ $Min=22$ and $Max=50$, $\alpha=.63$).

The Heterosexual Attitudes Toward Homosexuality Scale (HATH, Larsen et al. 1980) assesses discrimination against gays and lesbians. Its 20 items (e.g., *“Homosexuals should have equal opportunity employment”*) are answered on 5-point Likert scales (1=Strongly agree to 5=Strongly disagree), and half the items are reverse-scored. Scores can range from 20 to 100 and lower scores indicate more positive attitudes towards LGBTIQ+ individuals. The internal consistency of the scale showed to be excellent with an $\alpha = .92$ (Larsen, et al., 1980) and it was also excellent in this Spanish validation with an $\alpha = .90$ (Barrientos and Cárdenas, 2010). The current study obtained excellent reliability in the British sample ($N=561$, $M=27.08$, $SD=11.58$, $Min=20$ and $Max=100$, $\alpha=.95$) and acceptable in the Spanish sample ($N=469$, $M=30.03$, $SD=6.69$, $Min=20$ and $Max=64$, $\alpha=.77$).

The *“Escala de Actitudes Negativas hacia las personas trans”* (Scale of Negative Attitudes towards Trans People, EANT, Paéz et al. 2015) is used to evaluate

negative predispositions towards transgender people. It is made up of nine items (e.g., “*It would bother me if my child is a transgender person*”) with Likert-type response options ranging from 1=totally disagree to 5=totally agree. Scores can range from 9 to 45 with higher ones indicating more positive attitudes and less prejudice towards transgender people. The internal consistency of the scale showed to be excellent with an $\alpha = .90$ (Páez et al., 2015) and it was high in a British validation with an $\alpha = .81$ (Alonso-Martínez et al., 2021). The current study obtained high reliability in the British sample ($N=362$, $M=17.24$, $SD=5.65$, $Min=12$ and $Max=41$, $\alpha=.81$) and acceptable in the Spanish sample ($N=476$, $M=14.5$, $SD=5.95$, $Min=9$ and $Max=44$, $\alpha=.79$).

2.3 Procedure and analysis

Before the COVID pandemic, university participants were recruited through presentations in classes and lectures. Throughout the pandemic, recruitment relied increasingly on email, particularly in the UK. Data were collected either face to face or online. Data was collected from 16/11/2019 to 28/07/2021. Respondents had to be studying at full time in Spanish or British university, to voluntarily participate in this study, and be over 18 years of age (inclusive criteria).

Data was analyzed with IBM SPSS AMOS v.26 (CFA) and IBM SPSS v.27 (all other analyses). Preliminary analyses were conducted to assess there were not violations of normality, linearity and multicollinear, which justifies the use of parametric analysis techniques (Sáiz et al. 2019).

To address the first and second aims (to validate the Spanish version of TIBS and to confirm the structure of the English version), it was conducted the initial exploration, a reliability analysis of the scale was carried out through the Cronbach's

Alpha test (α) and a descriptive statistics study (mean and standard deviation). To validate the structure of the TIBS, it was undertaking the exploratory analysis of principal components (EFA) and the confirmatory factor analysis (CFA) applying Structural Equations in the Spanish and the British sample. From these analyses, the composite reliability indicators and the average variance extracted to complying with all the validity statistical parameters were found. Then, in the English sample, the CFA was performed on the sample collected in the period of time, considering the EFA of Kattari et al., (2017). The EFA served to explore the factor structure underlying the items and the CFA will allow us to confirm the structure. The division of the two subsamples consisted of selecting the first 265 British and 245 Spanish for the EFA and the remaining 300 British and 300 Spanish, and they constituted the second subsamples for the CFA. The exploratory and confirmatory subsamples in both countries were similar on demographics to the total sample. It is worth noting the adequacy of the sample size for this analysis. The number of participants was 25 times greater than the number of items (Líbano et al., 2019).

To address the third aim (construct validity), TIBS scores and their prediction by sociodemographic variables were compared between university students in Spain and United Kingdom. Student t -tests and ANOVA tests were used for comparisons of means and Pearson correlations for the analysis of continuous predictor variables. Following Cohen (1988) we considered correlations of $r = .10/.30/.50$, d s of $0.20/0.50/0.80$, and $\eta_p^2 = .01/.06/.14$ as small/medium/large effect sizes

3. RESULTS

3.1 Validation of the Inclusive Behaviors towards Trans people Scale (TIBS).

3.1.1 TIBS internal consistency in the British and Spanish samples.

Table 3 shows the British TIBS internal consistency, the means, the standard deviation, the variances of their 15-item, the item-total correlation coefficients and α s that result when deleting the item; Table 4 shows the same for the Spanish sample.

As can be seen, all item-total correlations in the British and Spanish sample were higher than .30 and removal of any item affected α only trivially. To maintain the consistency between the English and the Spanish scale, it was decided to retain all items. In this TIBS samples, an excellent internal consistency was obtained in the British sample with $\alpha=.95$ and a high internal consistency in the Spanish sample with $\alpha=.89$.

3.1.2. Exploratory Factor Analysis in the British and Spanish exploratory subsamples.

In the British and Spanish exploratory samples, EFA were carried out to potentially suggest other structures than the original 1-factor structure (Kattari et al., 2017). The Bartlett sphericity test was performed and the Kaiser, Meyer, & Olkin (KMO) sample adequacy measurement index was calculated by principal components and Varimax rotation with Kaiser normalization. These analyses are adequate to discover the factor structure of a measure and to examine its internal reliability (Boateng, et al., 2018). The minimum factor saturation limit was set at .30, deciding to omit all loads lower than this value. When items loaded high on more than one factor, we used the strength of these loading and theoretical considerations to assign them to a factor.

KMO values higher than .8 (.91 in the British and .88 in the Spanish) and significant Bartlett Tests (British: $\chi^2= 1947.67$, $df= 105$, $p <.001$ and Spanish: $\chi^2=$

1955.25, $df=105$, $p < .001$) indicated the suitability of the data for factor analysis (Líbano et al., 2019).

The British sample returned a 2-factor. The first component explained 33% of the variance and the second component 28%. The resulting matrix of components was adequate, although nine items saturate above .30 on two factors, see Table 5.

The Spanish sample returned a 3-factor solution. The first component explained 28%, the second component 21 % and the third component 14% of the variance. The resulting matrix of components was adequate, although six items saturated above .30 on two factors (see Table 6 for details).

3.1.3 Confirmatory Factorial Analyses in the British and Spanish confirmatory subsamples

We used CFA to compare three models (the original 1-factor model, the 2-factor model suggested in our British exploratory subsample, and the 3-factor model suggested in our Spanish exploratory subsample) for both the British and Spanish confirmatory subsamples. We compared models for the same sample via the Chi square index (χ^2), which reflects the discrepancy between the models and the covariance of the data. We also judged model fit with; the adjusted goodness-of-fit index (AGFI), which should present values greater than .85; the goodness of fit index (GFI), the comparative fit index (CFI), the Incremental Fit Index (IFI), and the Tucker–Lewis index (TLI), all of which should exceed .90; and the root mean squared error approximation (RMSEA), which should be less than .08 (Bentler, & Bonett, 1980; Schumacker, & Lomax, 2016; Xia & Yang, 2019). Finally, it is important to consider the minimum discrepancy per degree of freedom (CMIN/DF), for which values less than 3 are considered a good fit of the model (Líbano et al. 2019).

3.1.3.1. TIBS Confirmatory Factorial Analyses of the British confirmatory subsample

Table 7 shows the CFA indices for the three models in the British confirmatory sample. As can be seen, fit for the 1-factor and 2-factor models was worse than for the 3-factor model. For the latter, three of the model fit parameters proved acceptable (CFI, IFI, and TLI) whereas the other four (AGFI, GFI, RMSEA, and CMIN/DF) proved slightly worse than their respective benchmarks. However, a slight modification of the model (allowing for a correlation between the errors of items 11 and 12) led to acceptable fit on all seven indicators. In this modified 3-factor model, all effects of factors on items were strong ($\geq .70$) and the three factors showed strong positive correlations with each other ($\geq .64$, see Figure 1). Effect estimates for the 1-factor, 2-factor, and 3-factor models are shown in Figures 2 to 4, see supplementary files.

The 3-factor model obtained with this modification presented a ratio value of the statistic χ^2 and the degrees of freedom considered optimal ($CMIN / DF = 2.80$; $Df = 86$, $\chi^2 = 240.54$) and a $GFI = .90$, an $AGFI = .87$, a $RMSEA = .078$, an $IFI = .96$, a $TLI = .94$ and a $CFI = .95$, which are acceptable.

3.1.3.2 TIBS Confirmatory Factorial Analyses of the Spanish confirmatory subsample

Table 8 shows the CFA indices for the three models in the Spanish confirmatory sample. As can be seen, fit for the 1-factor and 2-factor models was worse than for the 3-factor model. For the latter, three of the model fit parameters proved acceptable (CFI, and IFI) whereas the other five (AGFI, GFI, RMSEA, TLI and CMIN/DF) proved slightly worse than their respective benchmarks. However, a slight modification of the model (allowing for a correlation between the errors of items 4 and 5) led to acceptable fit on all seven indicators. In this modified 3-factor model, all effects of factors on items were strong ($\geq .56$) and the three factors showed strong positive correlations with each

other ($\geq .42$, see Figure 5). Effect estimates for the 1-factor, 2-factor, and 3-factor models are shown in Figures 6 to 8, see supplementary files.

The 3-factor model obtained with this modification presented a ratio value of the statistic χ^2 and the degrees of freedom considered optimal ($CMIN/DF=2.96$; $Df=86$, $\chi^2=254.48$) and a $GFI = .90$; an $AGFI=.86$, a $RMSEA=.08$, an $IFI = .93$, a $TLI = .91$ and a $CFI=.93$, which are acceptable.

3.1.4 TIBS subscales in the British, Spanish and combined samples.

Finally, Table 9 shows internal consistency and descriptive statistics for the TIBS subscales for the entire British and Spanish samples (i.e., for exploration and confirmation sub-samples combined).

3.2 Comparison of means, criterion variables and correlations of the scale. Construct validity.

To investigate external validity, simple bivariate correlations were performed between the TIBS and TIBS sub-scales scores with the criterion variables of the study between university students in Spain and United Kingdom. These were evaluated considering the consensus evidence in the previous literature (Kattari et al. 2017) and the Pearson correlation index.

3.2.1 Comparison of means and criterion variables of the scale.

The British and Spanish sample did not differ on the TIBS score ($t(1108) = -.061$, $p = .95$, $d = .004$, 95% CI $[-.11, .12]$) or on the subscale 2 score ($t(1108) = .02$, $p = .80$, $d = .02$, 95% CI $[-.10, .13]$). For subscale 1 ($t(1108) = -2.12$, $p = .034$, $d = .13$, 95% CI $[-.01, .25]$) and subscale 3 ($t(1108) = 3.39$, $p = .001$, $d = .20$, 95% CI $[.09, .32]$), differences proved statistically significant but were small in size. In summary, these

findings indicate more gender right defense was found in the British than the Spanish sample in the subscale 1 and more educational and inclusive gender policies were found in the Spanish than the British sample in the subscale 3. Despite the absence of grammatical rules that regulate inclusive language in Spanish, it was not found differences by country samples in the subscale 2 that measure the use of gender inclusive language.

In addition, Table 10 and Table 11 show the differences in responses to the TIBS and subscales by gender, sexual orientation, nationality, marital status, and religious affiliation.

The TIBS and the sub-scales scores in both samples showed similar results, indicating that of the groups of variables analyzed, women and people from the LGB+ community had more inclusive behaviors towards transgender people with differences in the effect of the size from medium to large. In addition, in the British sample, more positive behaviors were also found in British people, single and non-believers with differences in the effect of size from small to medium. The differences in the criterion variables results in the combined sample were similar to the British sample.

On the other hand, Table 12 summarizes the results of the TIBS and of the subscale obtained in the British and Spanish sample by university courses. The results obtained in the British and Spanish sample by university courses indicated more positive behaviors of Humanities and Sciences students in comparison with the Health Sciences, Engineering and Business students. In the Spanish sample, no significant differences were found by university degree in the subscale 2.

3.2.2 Correlations in the British and Spanish samples

The values shown in Table 13 and Table 14 of the scale show small to medium correlations of the TIBS in Spanish and English with all the scales and small with age, except for a large correlation between the TIBS and the EANT in the English version. It also shows medium to large correlation between subscales and the TIBS in both countries. The performance of more inclusive behaviors towards transgender people (TIBS) in both samples correlates with lower sexual risk behaviors (HPSC), with less sexist attitudes (DSS), with more homophilic attitudes (HATH), with less prejudicial attitudes towards transgender people (EANT) and being younger. The results in the combined sample were similar to the British and Spanish samples.

These results suggest that the items are relevant to instrumentalize an English and Spanish measurement of inclusive behavior towards transgender people because they are related to the discriminatory criterion variables analyzed in previous literature (Kattari et al. 2017).

4. DISCUSSION

The main objective was to develop and validate a Spanish version of TIBS and to assess the CFA in a different English sample. Through the results of this study, it is considered that the TIBS has been validated internally and externally in both languages by meeting the standardized criteria to ratify its psychometric properties. The findings obtained in this validation differ from those obtained by Kattari et al. (2017), since in this EFA a one-factor structure was obtained. Nevertheless, in the version validated in this research, the perspective of model fit, 3-factor model more appropriate than original 1-factor model. However, three sub-scales correlate highly, and the effects of gender, sexual orientation, religion, and age are pretty similar for the TIBS and the sub-scales

(Defense and learning of gender right; Use of gender inclusive language; and Knowledge about educational, labor and another inclusive gender policy).

Consequently, researchers might find it convenient to use only the overall TIBS in many situations and might find sub-scales useful when fine-grained analysis of the effect of interventions to improve trans inclusion is investigated.

In our study ($N=1110$, $M= 36.7$, $SD=13.1$) less inclusive behaviors were obtained towards transgender people than in the original study ($N=918$, $M= 47.6$, $SD=12.7$) of Kattari et al. (2017), but this study had a higher presence of transgender people with respect to participants of the present research.

In relation to the first hypothesis, we confirmed that the inclusive behaviors measured with the TIBS are related to less risky sexual behaviors (HPSC-8), with more homophilic attitudes (HATH) and with less sexist (DSS) and transphobic attitudes (EANT). These relationships coincide with the theories of intersectionality that exist between racial, gender and sexual orientation prejudices, which have even been positively correlated with dominance roles (Ekehammar, et al., 2004, Silvestrini, 2020). Likewise, due to the thematic similarity of the construct of the HATH and the EANT, these associations were expected to demonstrate its criterion validity (Heras and Ortega, 2020). Indeed, HATH and EANT consistently showed the strongest correlations with TIBS in our samples. To the best of our knowledge, no previous study has addressed the relationship between inclusive behaviors towards transgender people and risky sexual behaviors. However, a positive correlation between the related construct of sexist attitudes and behaviors and risky sexual behaviors was found (Kaufman, et al., 2019).

The last objective was to compare trans-inclusive behaviors and their criterion variables between university students in Spain and United Kingdom. In line with the study hypothesis, it has been confirmed by finding more inclusive behaviors in women,

younger students, individuals from the LGB+ Community, non-believers and humanities students in the samples from the two countries. On the other hand, in the Spanish sample the variable religion, nationality and marital status went in the same direction than the English sample but proved to be smaller and statistically non-significant. In the present study, it should be underlined that the results found presented strong magnitude effects by sexual orientation and gender in both samples. In addition, medium effects for religiousness and nationality and small effects for marital status were found in the British sample.

In turn, these findings are confirmed in other studies such as that of Harbaugh & Lindsey (2015) and Kaufman et al. (2019) in which homophobic and transphobic attitudes are connected to gender roles, sexual orientation and religious adherence, being less present in women, individuals from the LGB+ community and non-religious people. These data are related to the tendency to manifest more hostile attitudes towards gender identity and adherence to gender roles by men compared to women (Kaufman et al., 2019; Zell, et al., 2015). The differences shown between the Spanish and English samples may be related to the curricular and legislative differences of both systems (Department of Education, 2021) and Berajano and García (2016). In Spain there is a greater cross-curricular element of content and laws are regularly enacted in defense of the LGTBIQ+ community, the most recent is Law 2/2021. In the United Kingdom, these measures are carried out from the educational field with the implementation of the subject Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education, whose modifications towards a comprehensive sexuality entered into force in 2020 (Department of Education, 2021). The difference is that despite the fact that this legal requirement demands integration on LGBT issues, the legislation on implementation remains very weak and support to teachers to implement the

requirement poor. Of course, the regulation has come into force at a time after sample of young people in England involved in this study completed secondary education where the regulations apply. In contrast, in Spain these equivalent legislations cover all citizens of the Spanish territory.

With respect to the similarity of attitudes and behaviors in Spain and England, it can be inferred that the European laws promulgated and ratified by these two countries are helping to promote gender equality and inclusion (UNESCO, 2018). Attitudes towards sexuality are becoming more positive in younger populations and this is attributed to the combination of these education and legislations factors that is ensuring the development of more positive predispositions from childhood to create adults more aware of these prejudices (Cacciatore et al. 2019) and hence the tendency for there to be fewer and fewer differences due to sociodemographic and personal variables (Cardona et al., 2018). In addition, due to the demand of teachers and students, a social transformation is taking place that is manifesting itself in universities since the creation of Equality Units and associations of sexual minorities to support and champion the inclusion of transgender people, although there is a lack of cross-curricular and hidden educative elements of these topics due to the indeterminacy of the governing resolutions in relation to sexuality (Schucan and Pitman, 2020).

The value of this validation of the TIBS is the possibility that it creates for application in different sectors than education, including both health, labor, and administrative contexts. This research addresses some of the limitations associated with the original study in the United States when validated in another language and in other population samples different from Spain and the United Kingdom and it has been possible to perform the CFA that confirms the structure of this scale which could not be validated in Kattari et al. (2017). By measuring inclusive behaviors, this tool can be

used to assess the competencies acquired through educational interventions and measure the legislative impact of changes in policy and law. This scale also helps to educate the population about their real inclusion to help them identify the areas in which they can improve these behaviors to provide more support to the transgender community (Goldberg et al., 2019). Implementing this scale raises awareness in itself and may increase tolerance and understanding in the wider non-transgender community (Bouman et al. 2017; Timmins, et al., 2020). The samples in which the scales have been validated correspond to future professionals from all sectors, endorsing the effectiveness of this scale in different settings. Another aspect to take into account is the importance of validating these scales in the education sector, since as Kattari et al. (2017) noted, it is transgender students in secondary and higher education sectors that face the greatest discrimination and thus, it is considered a very important sample in which to assess prejudice and, based on this, carry out interventions. These might target the training of teachers, administrators and that provided to other professionals, as well students who once qualified will work in education, labor resources and health sectors. Sampling in university populations is not considered a constraint due to these students have passed through the entire educational system and being young adults with established ideologies on this topic that will influence future generations (Haley et al., 2019). Furthermore, about 70% of the population in both Spain and England undertake some university study at some point in their lives (Eurostart, 2020).

This study does have limitations. These include the over-representation of people who identify as white. This has marginalized the perspectives of other people from other ethnic groups that are often underrepresented in research. Due to the Covid pandemic, some of the surveys were sampled only through links to students' institutional emails. This may limit access and skew the responses towards people who

are either very aware or motivated strongly in support or opposition to transgender inclusion and hence excluded people with more neutral beliefs. The ongoing changes in vocabulary related to inclusive language is also considered a limitation, adding to the difficulty poses by Latin languages such as Spanish which has words determined by gender, and the most appropriate way to achieve linguistic inclusion is currently being debated.

Future studies should be replicated it in different populations, for example, in work environments and adapted for use with young populations. It would be very useful to continue translating this version and analyze its validity in different languages and thereby facilitate instrument standardization. It would be interesting to evaluate these scores after Brexit and the implementation of the new subject in Sex and Relationships Education in the UK and in Spain after the educational and legislative changes on equality. Longitudinal application around new interventions could be used to evaluate changes in behaviors. We recommend supplementing our understanding of this construct with qualitative research and to add other variables of interest such as ideology or self-esteem.

To conclude, there is a positive trend towards the recognition of transgender identity, but discrimination against this group is still present. To reduce these prejudices, these attitudes should be transformed into inclusive behavior in daily, educational, and work settings. The TIBS is a novel instrument that allows detecting and promoting training that is truly adapted to the context and at the same time evaluating these interventions, measuring the impact of these social transformations. There will be a change in perspectives and supportive behaviors towards transgender people within society when interventions are redirected towards an inclusive approach.

Acknowledgements

We must be grateful for all the students who decided to participate voluntarily for this project and all the universities, deans and professors who contributed to helping us spread the word about the study. We want to especially thank the families and the Association of families of Transgender minors, CHRYSALLIS in Castilla y León for helping us to reflect on this instrument in the Spanish context. We want to thank the authors of the scale that allows us to continue this research.

Declaration of interest statement

The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved the Ethics Committee of Universidad de Burgos (protocol code IR 24/2019 and 28/05/2018), Newcastle University (protocol code IR 24/2019 and 15/07/2019) and Northumbria University (protocol code IR 22995 and 01/03/2020). No potential conflict of interest and funding was reported by the authors.

Data availability statement

The data reported in this manuscript can be approached through contacting the corresponding author. All data are available at <https://doi.org/10.5281/zenodo.5939452>

5. REFERENCES

- Alonso-Martínez, L., Heras-Sevilla, D., Fernández-Hawrylak, M., and Forrest, S. (2021). English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes Towards Trans People (EANT). *Sustainability* 13(7):3760. <https://doi.org/10.3390/su13073760>
- Barrientos-Delgado, J. E., and Cárdenas-Castro, J. M. (2010). Adaptación y validación de la escala Likert HATH en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 5:30-49.

- 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>
- Berajano-Franco, M. T., and García-Fernández, B. (2016). La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. *Opción* 32(13):756-789.
- Bouman W.P, Schwend S.A, Motmans J, Smiley A, Safer J.D, Deutsch M.B, Adams N.J & Winter S. (2017). Language and trans health, *International Journal of Transgenderism*, 18:1, 1-6. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>
- Cacciatore, R., Korteniemi-Poikela, E. and Kaltiala, R. (2019). The Steps of Sexuality A Developmental, Emotion Focused, Child Centered Model of Sexual Development and Sexuality Education from Birth to Adulthood. *International Journal of Sexual Health*, 31(3), 319- 338.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1645783>
- Cardon- López, J. A., Nordfjell, O. B., Gaini, F., and Heikkinen, M. (2018). Promising Nordic practices in gender equality promotion: Developing teacher education dialogue, practice, and policy cycles on-line. *Policy Futures in Education*, 16(5), 605–619. <https://doi.org/10.1177/1478210317722286>
- Caron, S.L., Davis, C.M., Halteman, W.A., and Sticle, M (1993). Predictors of condom-related behaviors among first-year college students. *The Journal of Sex Research* 30(3):252-259. <https://doi.org/10.1080/00224499309551709>
- Catania, J. (1998). Health Protective Sexual Communication Scale. In C. Davis, W. Yarber, and S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 544-547). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://doi.org/10.4324/9781315881089>
- Clark, K. A., and Hughto, J. M. (2020). Development and psychometric evaluation of the Transgender Knowledge, Attitudes, and Beliefs (T-KAB) scale. *Sexuality Research and Social Policy*, 17(3), 353-363. <https://doi.org/10.1007/s13178-019-00399-9>
- Craig, S. L., Eaton, A. D., Kirkland, A., Egag, E., Pascoe, R., King, K., and Krishnan, S. (2021). Towards an integrative self: a digital photo elicitation study of resilience among key marginalized populations of sexual and gender minority youth. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1961572. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1961572>

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Routledge Academic. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Damanpak-Rizi, M., Farnam, F., and Khodakhah, P. (2021). Effect of cognitive-behavioral therapy on domestic violence and its consequences in transgender youth: a randomized clinical trial, parallel group study. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03224-z>
- Department of Education. (2021). *Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education*. London: Department of Education. <https://www.gov.uk/government/publications/relationships-education-relationships-and-sex-education-rse-and-health-education>
- Diógenes de Medeiros, E., Fernandes de Araújo, L., Victor de Oliveira Santos, J., Souza, T., and Monteiro, R. (2019). Attitudes towards Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Old Age Scale (EAFV– LGBT): Elaboration and Psychometric Evidence. *The Spanish Journal of Psychology*, 22. doi:10.1017/sjp.2019.14
- Ekehammar, B., Akrami, N., Gylje, M., and Zakrisson, I. (2004). What matters most to prejudice: Big five personality, social dominance orientation, or right-wing authoritarianism?. *European journal of personality*, 18(6), 463-482. <https://doi.org/10.1002/per.526>
- Fernández-Hawrylak, M., Tristán-Muñoz, G., and Heras-Sevilla, D. (2020). Actitudes hacia la transgeneridad y la transexualidad en el ámbito universitario. Un estudio preliminar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 1(1):393-404. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1796>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. (Fifth edition). SAGE.
- Gill, J., Johnson, P. and Clark. M. (2010). *Research Methods for Managers* (Fourth edition). Washington DC; SAGE.
- Goldberg, A. E., Beemyn, G., and Smith, J. Z. (2019). What is needed, what is valued: Trans students' perspectives on trans-inclusive policies and practices in higher education. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 29(1), 27-67. <https://doi.org/10.1080/10474412.2018.1480376>
- Government of United Kingdom. Official statistics (2020). *Hate Crime, England and Wales, 2019 to 2020*. Available online:

- https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/925968/hate-crime-1920-hosb2920.pdf (accessed March 17, 2021).
- Haley, S. G., Tordoff, D. M., Kantor, A. Z., Crouch, J. M., and Ahrens, K. R. (2019). Sex Education for Transgender and Non-Binary Youth: Previous Experiences and Recommended Content. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1834–1848. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.08.009>
- Harbaugh, E., and Lindsey, E. W. (2015). Attitudes toward homosexuality among young adults: Connections to gender role identity, gender-typed activities, and religiosity. *Journal of Homosexuality*, 62(8), 1098-1125. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1021635>
- Heras-Sevilla, D., and Ortega-Sánchez, D. (2020). Evaluation of Sexist and Prejudiced Attitudes Toward Homosexuality in Spanish Future Teachers: Analysis of Related Variables. *Frontiers in psychology* 11: 572553. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572553>
- Hill, D. B., and Willoughby, B. L. (2005). The development and validation of the genderism and transphobia scale. *Sex roles*, 53(7), 531-544. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-7140-x>
- Kanamori, Y., Cornelius-White, J. H., Pegors, T. K., Daniel, T., and Hulgus, J. (2017). Development and validation of the transgender attitudes and beliefs scale. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1503-1515. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0840-1>
- Kattari, S. K., O'Connor, A. A., and Kattari, L. (2017). Development and Validation of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS). *Journal of Homosexuality* 65:181-196. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1314160>
- Kaufman, M. R., Grilo, G., Williams, A., Marea, C. X., Fentaye, F. W., Abebe Gebretsadik, L., and Yedenekal, S. A. (2019). The intersection of gender-based violence and risky sexual behaviour among university students in Ethiopia: a qualitative study. *Psychology & Sexuality*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1667418>
- Lee, H., Kim, G., Kwon, K. and Shin, Y. (2021). A Validation Study of Attitudes and Beliefs Scale (K-TABS) toward Korean transgender people. *Journal of the Korean Psychological Association: Counseling and Psychotherapy*, 33(3), 1077-1108.

- Larsen, K.S., Reed, M., and Hoffman, S. (1980). Attitudes of Heterosexual Towards Homosexuality: A Likert-type Scale and Construct Validity. *The Journal of Sex Research*, 16:245-257. <https://doi.org/10.1080/00224498009551081>
- Nagoshi, J. L., Adams, K. A., Terrell, H. K., Hill, E. D., Brzuzy, S., and Nagoshi, C. T. (2008). Gender differences in correlates of homophobia and transphobia. *Sex roles*, 59(7-8), 521. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9458-7>
- Páez, J., Hevia, G., Pesci, F., and Rabbia, H. (2015). Construcción y validación de una escala de actitudes negativas hacia personas trans. *Revista de Psicología*, 33, 151-188.
- Páez, J. I., Rabbia, H. H., Hevia, G. E., and Pesci, F. (2018). Bases sociales y psicopolíticas del prejuicio hacia personas trans en habitantes de Córdoba, Argentina. *Investigaciones en Psicología*, 23(2), 27-36. <https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a23n2a3>
- Research project TvT (2021). *Monitoring of trans murders, Transrespect versus transphobia around the world (TvT)*. Available online: www.transrespect.org/en/research/trans-murder-monitoring/
- Sáiz-Manzanares, M. C., Prieto-Moreno, B., Hoyelos-Álvaro, F. J., and Cámara-Nebreda, J. M. (2019). Validación de una Escala para la Evaluación Trabajos de Fin de Titulación en la universidad. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 17(47), 169-192. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v17i47.2002>
- Sakkaphat T. N, Walch, S.E. and Raveepatarakul, J. (2013) Validation of the Attitudes Toward Transgendered Individuals Scale in Thailand, *International Journal of Transgenderism*, 14:4, 158-170. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.834810>
- Santos, C. E., Goldstein, A. L., and Tracey, T. J. G. (2017). Development and Evaluation of the Gender Expression Attitudes Towards Transgender Clients Scale. *The Counseling Psychologist*, 45(3), 353–386. <https://doi.org/10.1177/0011000017702966>
- Schucan-Bird, K., and Pitman, L. (2020). How Diverse is Your Reading List? Exploring Issues of Representation and Decolonisation in the UK. *Higher Education*, 79:903-920. <https://doi.org/10.1007/s10734-019-00446-9>

- Schumacker, R.E., & Lomax, R.G. (2016). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*: Fourth Edition (4th ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315749105>
- Sierra, J. C., Rojas, A., Ortega, V., and Martín-Ortiz, J. D. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la DSS y de la RSAS. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 7:41-60.
- Silvestrini, M. (2020). It's not something I can shake': The Effect of Racial Stereotypes, Beauty Standards, and Sexual Racism on Interracial Attraction. *Sexuality & Culture* 24: 305-325. <https://doi.org/10.1007/s12119-019-09644-0>
- Timmins, L., Rimes, K. A., and Rahman, Q. (2020). Minority Stressors, Rumination, and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Archives of sexual behavior* 49:661-680. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01502-2>
- UNESCO (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education. An Evidence Informed Approach*. 2nd rev. ed. Paris: UNESCO.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>
- Walch, S. E., Ngamake, S. T., Francisco, J., Stitt, R. L., and Shingler, K. A. (2012). The attitudes toward transgendered individuals scale: psychometric properties. *Archives of sexual behavior*, 41(5), 1283–1291. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9995-6>
- Whitfield, D. L., Kattari, S. K., Langenderfer-Magruder, L., Walls, N. E., & Ramos, D. (2019). The crossroads of identities: Predictors of harassment among lesbian, gay, bisexual, and queer adults. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 10(2), 237-260. <https://doi.org/10.1086/702262>
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior research methods*, 51(1), 409-428.
<https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Zell, E., Krizan, Z., & Teeter, S. R. (2015). Evaluating gender similarities and differences using metasynthesis. *American Psychologist*, 70(1), 10–20.
<https://doi.org/10.1037/a0038208>

TABLES

Table 1. Sample description. **Place on page 5.**

Table 2. The Inclusive Behaviors towards Trans People Scale (Kattari et al., 2017) in English and Spanish. **Place on page 7.**

Table 3. British TIBS internal consistency. **Place on page 10.**

Table 4. Spanish TIBS internal consistency. **Place on page 11.**

Table 5. TIBS Rotated Component Matrix and structure in British exploratory subsample. **Place on page 12.**

Table 6. TIBS Rotated Component Matrix and structure in Spanish exploratory subsample. **Place on page 12**

Table 7. CFAs fit indices in the British TIBS. **Place on page 13.**

Table 8. CFAs adjustment index in the Spanish TIBS. **Place on page 13.**

Table 9. Descriptive results of the TIBS and their subscales by samples. **Place on page 14.**

Table 10. T-test for the TIBS and TIBS sub-scales by criterion variables in the British sample. **Place on page 15.**

Table 11. T-test for the TIBS by criterion variables in the Spanish sample. **Place on page 15.**

Table 12. ANOVA test for the TIBS and subscales by university degrees in the British and Spanish samples. **Place on page 15.**

Table 13. Correlations between the English TIBS and other sexuality scales. **Place on page 15.**

Table 14. Correlations between the Spanish TIBS and other sexuality scales. **Place on page 15.**

Table 1. Sample description. **Place on page 5.**

	Spain			United Kingdom			Total		
	Age			Age			Age		
	<i>M (SD)</i>	<i>Min - Max</i>		<i>M(SD)</i>	<i>Min - Max</i>		<i>M(SD)</i>	<i>Min - Max</i>	
Gender									
Female	380	24.2 (6.6)	18 - 53	368	21.8 (4.4)	18 - 52	743	23.0 (5.8)	18 - 53
Male	162	25.3 (7.1)	18 - 65	178	21.5 (4.2)	18 - 47	340	23.3 (6.0)	18 - 65
Another gender*	8	28.5 (14.1)	20 - 55	19	21.5 (4.2)	18 - 32	28	22.1 (4.6)	18 - 55
Total (100%)	545	24.6 (7.0)	18 - 65	565	21.7 (4.3)	18 - 52	1110	23.1 (5.9)	18 - 65

* Non-binary, non-conforming, agender, gender queer or without a response.

Table 2. The Inclusive Behaviors towards Trans People Scale (Kattari et al., 2017) in English and Spanish. **Place on page 7.**

Nº	Items
1	I ask for pronouns when I meet someone new. / Cuando conozco a una persona le pregunto su nombre y pronombre personal antes de utilizar estos pronombres asociados a un género determinado.
2	I use gender neutral language to refer to people whose pronoun I do not know. / Procuro usar lenguaje inclusivo cuando me refiero a una persona cuyo nombre y pronombre personal no conozco.
3	I ensure spaces where I host/attend events offer gender-neutral bathrooms. / Me aseguro de que los espacios donde organizo/asisto a los eventos ofrezcan baños inclusivos de género.
4	I use the terms “non-transgender” or “cisgender” to refer to people whose sex they were assigned at birth matches their current gender identity. / Cuando tengo una conversación en la que se mencionan las identidades de género uso el término "cisgénero" para referirme a las personas cuyo sexo asignado al nacer coincide con su género.
5	I have participated in discussions about the effects and/or benefits of cisgender or non-transgender privilege. / He participado en discusiones sobre las consecuencias y/o beneficios de los privilegios de las personas cisgénero.
6	I share my pronouns when I introduce myself to someone new. / Comparto mi pronombre personal y el nombre por el que quiero que me identifiquen cuando me presento a una persona que no conozco.
7	I have asked my friends, co-workers, and/or family members what their pronouns are / Le he preguntado a mis amigos, compañeros de trabajo y/o miembros de mi familia con que pronombre personal y nombre prefieren que les llame.

- 8 I read books/blogs/articles by transgender women, transgender men, and gender non-conforming individuals. / Leo libros/blogs/artículos o contenido multimedia relacionados con la identidad de género de personas que manifiesten ser transgénero o individuos con género no binario.
- 9 I speak out against “womyn born womyn” or transgender exclusive policies (such as those used by Michigan Women’s Festival). / Hablo en contra de las políticas de género que excluyen a las personas transgénero (como las que apoyan el feminismo radical trans-excluyente).
- 10 I initiate conversations about how my community can support transgender individuals. / Inicio conversaciones sobre cómo mi círculo de amistades puede apoyar a las personas transgénero y no binaries.
- 11 I try to keep myself updated on ongoing conversations about acceptable language to use when referring to transgender individuals. / Intento mantenerme actualizado/a sobre las conversaciones que se están desarrollando acerca del uso de un lenguaje inclusivo.
- 12 I work to educate myself on issues regarding transgender communities. / Estoy intentando educarme en temas de identidad de género relacionados con las personas trans y el feminismo.
- 13 I am aware of local resources that offer support to transgender people. / Estoy concienciado/a sobre las ayudas y recursos locales que se ofrecen en apoyo a las personas trans.
- 14 I keep myself updated on whether employment policies in my state/city include transgender people. / Me mantengo informado/a sobre si las políticas estatales de empleo incluyen a las personas transgénero y no binaries.
- 15 I keep myself updated on whether housing policies in my state/city include transgender people. / Me mantengo informado/a sobre si las políticas estatales de vivienda incluyen a las personas transgénero y no binaries.

Likert scale of 5 answers: 1 (Never / Nunca); 2 (Rarely / Raramente), 3 (Sometimes / A veces); 4 (Often / A menudo) and 5 (Always / Siempre).

Table 3. British TIBS internal consistency. **Place on page 10.**

Item	<i>Item Mean</i>	<i>Item Standard Deviation</i>	<i>Scale mean (Item deleted)</i>	<i>Var.</i>	<i>CI-T</i>	<i>α</i>
1/TIBS1	1.9	1.0	35.3	192.1	.74	.94
2/TIBS2	2.9	1.4	34.4	187.4	.66	.94
3/TIBS3	2.2	1.3	35.1	188.7	.71	.94
4/TIBS4	2.5	1.5	34.8	183.7	.69	.94
5/TIBS5	2.9	1.5	34.3	186.5	.69	.94
6/TIBS6	1.6	1.0	35.7	196.5	.62	.94
7/TIBS7	1.7	1.0	35.6	193.7	.68	.94
8/TIBS8	2.9	1.4	34.4	186.4	.72	.94
9/TIBS9	2.4	1.4	34.8	185.2	.71	.94
10/TIBS10	2.4	1.3	34.8	183.8	.82	.94
11/TIBS11	3.4	1.4	33.9	182.8	.78	.94
12/TIBS12	3.4	1.4	33.9	184.4	.78	.94
13/TIBS13	2.3	1.2	35.0	190.6	.69	.94
14/TIBS14	2.1	1.2	35.2	190.3	.71	.94
15/TIBS15	2.1	1.2	35.2	190.0	.72	.94

Var.= scale variance (item suppressed), *CI-T*= Item-total correlation, *α*= Cronbach's alpha (item deleted).

Table 4. Spanish TIBS internal consistency. **Place on page 11.**

Item	<i>Item Mean</i>	<i>Item Standard Deviation</i>	<i>Scale Mean (Item deleted)</i>	<i>Var.</i>	<i>CI-T</i>	<i>α</i>
1/TIBS1	1.9	1.2	34.8	135.6	.55	.88
2/TIBS2	2.8	1.4	33.9	134.1	.48	.88
3/TIBS3	1.8	1.2	34.9	139.1	.42	.89
4/TIBS4	2.3	1.6	34.5	130.1	.55	.88
5/TIBS5	2.7	1.4	34.0	132.6	.57	.88
6/TIBS6	2.1	1.5	34.7	136.9	.38	.89
7/TIBS7	1.8	1.2	35.0	136.1	.53	.88
8/TIBS8	2.8	1.3	34.0	131.4	.65	.88
9/TIBS9	2.8	1.7	33.9	137.7	.31	.89
10/TIBS10	2.5	1.2	34.3	131.1	.69	.87
11/TIBS11	3.0	1.3	33.8	130.1	.68	.87
12/TIBS12	3.4	1.4	33.3	130.1	.64	.88
13/TIBS13	2.4	1.2	34.7	133.0	.62	.88
14/TIBS14	2.3	1.2	34.5	131.1	.70	.87
15/TIBS15	2.2	1.2	34.5	131.6	.68	.88

Var.= scale variance (item suppressed), *CI-T*= Item-total correlation, *α*= Cronbach's alpha (item deleted).

Table 5. TIBS Rotated Component Matrix and structure in British exploratory subsample. **Place on page 12.**

Item	Component		Factors	Final dimensions (Subscale-F)	α
	1	2			
TIBS2	.48	.45	F1	Defense and learning of gender right.	.90
TIBS4	.62	.30			
TIBS5	.70				
TIBS8	.80				
TIBS9	.58	.42			
TIBS10	.68	.51			
TIBS11	.83				
TIBS12	.84		F2	Use of gender inclusive language and knowledge about educational, labor and another inclusive gender policy.	.88
TIBS13	.51	.46			
TIBS1	.31	.77			
TIBS3	.44	.58			
TIBS6		.82			
TIBS7		.78			
TIBS14	.49	.63			
TIBS15	.44	.68			

Table 6. TIBS Rotated Component Matrix and structure in Spanish exploratory subsample. **Place on page 12.**

Item	Component			Factors	Final dimensions (Subscale-F)	α
	1	2	3			
TIBS4	.71			F1	Defense and learning of gender right.	.83
TIBS5	.72					
TIBS8	.80					
TIBS10	.72					
TIBS11	.78					
TIBS12	.76			F2	Use of gender inclusive language	.80
TIBS1		.80				
TIBS2	.30	.58				
TIBS3		.66				
TIBS6		.77				
TIBS7		.80		F3	Knowledge about educational, labor and another inclusive gender policy.	.91
TIBS9	.35		-.53			
TIBS13	.45		.66			
TIBS14	.42	.33	.74			
TIBS15	.41		.76			

Table 7. CFAs fit indices in the British TIBS. **Place on page 13.**

Model	χ^2	df	CMIN/DF	GFI	AGFI	RMSEA	IFI	TLI	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
1-Factor	838.62	90	9.32	.73	.64	.17	.78	.74	.78		
2-Factor	734.87	89	8.26	.74	.65	.16	.81	.78	.81	1F-2F= 103.75**	1
3-Factor	339.98	87	3.9	.86	.81	.10	.93	.91	.93	2F-3F= 394.89**	2

** $p \leq .01$. Acceptable values: $CMIN/DF < 3$; $RMSEA = .05 - .08$; $AGFI > .85$; and GFI, CFI, IFI and $TLI > .90$.

Table 8. CFAs adjustment index in the Spanish TIBS. **Place on page 13.**

Models	χ^2	df	CMIN/DF	GFI	AGFI	RMSEA	IFI	TLI	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
1-Factor	801.41	90	8.91	.69	.59	.16	.69	.64	.69		
2-Factor	639.39	89	7.18	.74	.65	.14	.76	.72	.76	1F-2F= 162.02**	1
3-Factors	286.77	87	3.3	.88	.84	.09	.91	.89	.91	1F-3F= 514.64**	2

** $p \leq .01$. Acceptable values: $CMIN/DF < 3$; $RMSEA = .05 - .08$; $AGFI > .85$; and GFI, CFI, IFI and $TLI > .90$.

Table 9. Descriptive results of the TIBS and their subscales by samples. **Place on page 14.**

	Spanish sample			British sample			Combined sample		
	$M (SD)$	Min - Max	α	$M (SD)$	Min - Max	α	$M (SD)$	Min -Max	α
Subscale 1	16.7 (6.3)	6 - 30	.87	17.5 (6.8)	6 - 30	.90	17.1 (6.6)	6 - 30	.89
Subscale 2	10.4 (4.7)	5 - 25	.79	10.4 (4.5)	5 - 25	.85	10.4 (4.6)	5 - 25	.81
Subscale 3	9.7 (3.9)	4 - 20	.72	8.9 (4.0)	4 - 20	.85	9.3 (4.0)	4 - 20	.79
TIBS scale	36.8 (12.3)	15 - 75	.89	36.7 (13.9)	15 - 75	.94	36.7 (13.1)	15 - 75	.92

M = Mean; SD = Standard Deviation; N =sample; Min = Minimum; Max = Maximum; α = Cronbach's alpha.

Table 10. T-test for the TIBS and TIBS sub-scales by criterion variables in the British sample. **Place on page 15.**

Scale	Variables		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Cohen's d</i>	
						<i>d</i>	<i>95% CI</i>
Gender, <i>M(SD)</i>							
	Female, <i>n</i> =368	Male, <i>n</i> =178					
Subscale 1	18.5 (6.5)	14.3 (6.3)	6.74	544	.001**	0.61	0.43, 0.79
Subscale 2	10.8 (4.2)	8.9 (4.2)	5.10			0.50	0.28, 0.65
Subscale 3	9.2 (4)	7.8 (3.8)	4.03			0.37	0.19, 0.55
TIBS scale	38.6 (13.1)	31.3(13)	6.16			0.56	0.38, 0.74
Nationality, <i>M(SD)</i>							
	British <i>n</i> =418	Other <i>n</i> =134					
Subscale 1	18.4 (6.7)	14.8 (6.2)	5.78	550	.001**	0.55	0.35, 0.75
Subscale 2	10.6 (4.6)	9.8 (4.1)	1.71		.088	0.17	-0.03, 0.36
Subscale 3	9.0 (4.1)	8.3 (4)	1.96		.051	0.19	-.004, 0.39
TIBS scale	38 (14)	32.9(13)	3.94		.001**	0.38	0.18, 0.57
Sexual orientation, <i>M(SD)</i>							
	LGB+, <i>n</i> =206	Heterosexual, <i>n</i> = 359					
Subscale 1	21.1 (6.6)	15.4 (6)	-10.23	563	.001**	0.92	0.74, 1.1
Subscale 2	12.4 (4.9)	9.2 (3.7)	-8.9			0.78	0.6, 0.96
Subscale 3	10.5 (4.3)	7.9 (3.6)	-7.76			0.68	0.5, 0.85
TIBS scale	44.01 (14.3)	32.5 (11.8)	-10.42			0.91	0.73, 1.1
Marital status, <i>M(SD)</i>							
	Other, <i>n</i> =205	Single, <i>n</i> = 360					
Subscale 1	18.1(7.1)	17.1(6.6)	-1.68	563	0.09	0.15	-.02, 0.32
Subscale 2	11 (4.6)	10 (4.4)	-2.44		.015*	0.22	.05, 0.39
Subscale 3	9.1 (4)	8.7 (4.1)	-1.19		.23	0.1	-.07, -0.28
TIBS scale	38.2 (14.3)	35.8 (13.6)	-1.96		.051*	-0.17	.002, .35
Religion, <i>M(SD)</i>							
	Non-religious, <i>n</i> =183	Believers, <i>n</i> = 377					
Subscale 1	18.4 (6.7)	15.4 (6.5)	-5.16	558	.001**	0.46	0.28, 0.64
Subscale 2	10.7 (4.6)	9.6 (4.2)	-2.99		.003**	0.26	.08, 0.44
Subscale 3	9.2 (4.1)	8.1 (3.9)	-3.23		.001**	0.29	0.11, 0.46
TIBS scale	38.4 (13.9)	33 (13.2)	-4.45		.001**	0.39	0.22, 0.57

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Table 11. T-test for the TIBS by criterion variables in the Spanish sample. **Place on page 15.**

Scale	Variables		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Cohen's d</i>	
						<i>d</i>	95% <i>CI</i>
Gender, <i>M(SD)</i>							
	Female, <i>n</i> =381	Male, <i>n</i> =162					
Subscale 1	17.5 (6.1)	14.7 (6.5)	4.62	541	.001**	0.45	0.26, 0.63
Subscale 2	11.1 (4.7)	8.8 (4.2)	5.35			0.50	0.32, 0.69
Subscale 3	10 (3.9)	8.8 (3.9)	3.32			0.31	0.13, 0.50
TIBS scale	38.6 (11.8)	32.3(12.4)	5.46			0.52	0.34, 0.71
Nationality, <i>M(SD)</i>							
	Other, <i>n</i> =34	Spanish, <i>n</i> = 511					
Subscale 1	15.9 (7)	16.7 (6.3)	0.67	543	0.55	-0.12	-0.45, 0.23
Subscale 2	11.5 (5)	10.35 (4.7)	- 1.30		0.20	0.24	-0.1, 0.6
Subscale 3	9.6 (4)	9.7 (3.9)	0.04		0.97	-0.01	-0.35, 0.34
TIBS scale	37.1 (13.6)	36.7 (12.2)	-0.15		0.88	0.03	-0.32, 0.38
Sexual orientation, <i>M(SD)</i>							
	LGB+, <i>n</i> =153	Heterosexual, <i>n</i> = 392					
Subscale 1	20.1 (5.9)	15.3 (6)	-8.36	543	.001**	0.79	0.6, 0.99
Subscale 2	11.3 (4.4)	10.1 (4.8)	-2.73			0.25	.07, 0.44
Subscale 3	10.9 (4.2)	9.2 (3.7)	-4.72			0.45	0.26, 0.64
TIBS scale	42.2 (11.9)	34.6 (11.8)	-6.78			0.65	0.46, 0.84
Marital status, <i>M(SD)</i>							
	Other, <i>n</i> =188	Single, <i>n</i> = 357					
Subscale 1	16.5 (6.2)	16.7 (6.4)	0.37	543	0.71	-.03	-0.21, 0.14
Subscale 2	11 (5)	10.1 (4.6)	- 2.04		.048*	0.18	.01, 0.36
Subscale 3	9.9 (3.7)	9.5 (4)	-1.99		0.23	0.11	-.07, -0.28
TIBS scale	37.4 (11.9)	36.4 (12.6)	-.98		0.33	.09	-.09, -0.26
Religion, <i>M(SD)</i>							
	Non-religious, <i>n</i> =156	Believers, <i>n</i> = 382					
Subscale 1	17.2 (6.2)	15.2 (6.2)	-3.29	536	.001**	0.31	0.12, 0.50
Subscale 2	10.2 (4.5)	10.8 (5.2)	1.16		.248	-0.12	-0.30, .07
Subscale 3	9.9 (3.8)	9.1 (4.1)	-1.88		.062	0.18	-.003, 0.37
TIBS scale	37.2 (11.7)	35.1 (13.1)	-1.74		.083	.017	-.01, 0.37

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Table 12. ANOVA test for the TIBS and subscales by university degrees in the British and Spanish samples. **Place on page 15.**

Scales	Variable						<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	η_p^2
British university degrees, M(SD)										
	Humanities n=164	Business n=90	Science n=50	Health Sciences n=159	Engineering n=66	Other n=36				
Subscale 1	19.9 (6.4)	15 (6.2)	18.7 (6.8)	16.8 (7)	16 (6.4)	16.8 (6.8)	8.47			.07
Subscale 2	11.5 (4.7)	9.7 (3.8)	11.4 (5.7)	9.5 (3.7)	9.6 (4.9)	10.4 (4.3)	4.63	5,	<.001**	.04
Subscale 3	10 (4.1)	8.1 (4)	9 (4.5)	8.1 (3.9)	8.8 (3.9)	8.4 (3.5)	4.49	565		.04
TIBS scale	41.4 (13.7)	32.8(12.6)	39.1 (16.1)	34.5 (13)	34.5 (13.7)	35.6 (13.25)	7.05			.06
Spanish university degrees, M(SD)										
	Humanities n=183	Business n=67	Science n=53	Health Sciences n=121	Engineering n=72	Other n=27				
Subscale 1	18 (6.3)	15.8 (7)	16.9 (7)	16.1 (5.4)	15.3 (6.8)	15.3 (5.1)	3.15		.008**	.03
Subscale 2	10.7 (4.9)	9.7 (4.8)	9.9 (4.9)	10.2 (3.7)	9.1 (4.1)	9.7 (3.9)	1.72	5,	.126	.02
Subscale 3	10.3 (4)	9.2 (4.1)	9.5 (4.5)	8.7 (3.4)	8.7 (3.4)	8.2 (3.4)	2.97	523	.012*	.03
TIBS scale	39.1 (12.3)	34.7 (13.4)	36.4(14.3)	35.6 (9.7)	33.1 (9.2)	36.3 (12.1)	3.7		.003**	.04

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Table 13. Correlations between the English TIBS and other sexuality scales. **Place on page 15.**

	1-S TIBS	2-S TIBS	3-S TIBS	TIBS	HPSC	DSS	HATH	EANT	AGE
1-S TIBS	1								
2-S TIBS	.71**	1							
3-S TIBS	.75**	.70**	1						
TIBS	.94**	.87**	.87**	1					
HPSC	-.19**	-.21**	-.20**	-.22**	1				
DSS	.33**	.22**	.22	.30*	-.05	1			
HATH	-.39**	-.25**	-.25	-.34**	.14**	-.47**	1		
EANT	-.56**	-.44	-.39**	-.53**	.22**	-.52**	.83**	1	
AGE	-.19**	-.08	-.13**	-.16**	-.01	-.16**	.20**	.17**	1

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Table 14. Correlations between the Spanish TIBS and other sexuality scales. **Place on page 15.**

	1-S TIBS	2-S TIBS	3-S TIBS	TIBS	HPSC	DSS	HATH	EANT	AGE
1-S TIBS	1								
2-S TIBS	.40**	1							
3-S TIBS	.66**	.47**	1						
TIBS	.88**	.74**	.84**	1					
HPSC	-.18**	-.23**	-.20**	-.24**	1				
DSS	.15**	-.02	.10*	.11*	.01	1			
HATH	-.37**	-.16**	-.19**	-.31**	.01	-.26**	1		
EANT	-.36**	-.13**	-.37**	-.35**	.06	-.29**	.35**	1	
AGE	-.14**	.01	-.08	-.09*	.13**	.02	.04	.18**	1

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

FIGURES

Figure 1. English TIBS internal 3-factor model with modification. **Place on page 13**

Figure 5. Spanish TIBS internal 3-factor model with modification indices. **Place on page 14**

Figure 1. English TIBS internal 3-factor model with modification. **Place on page 13**

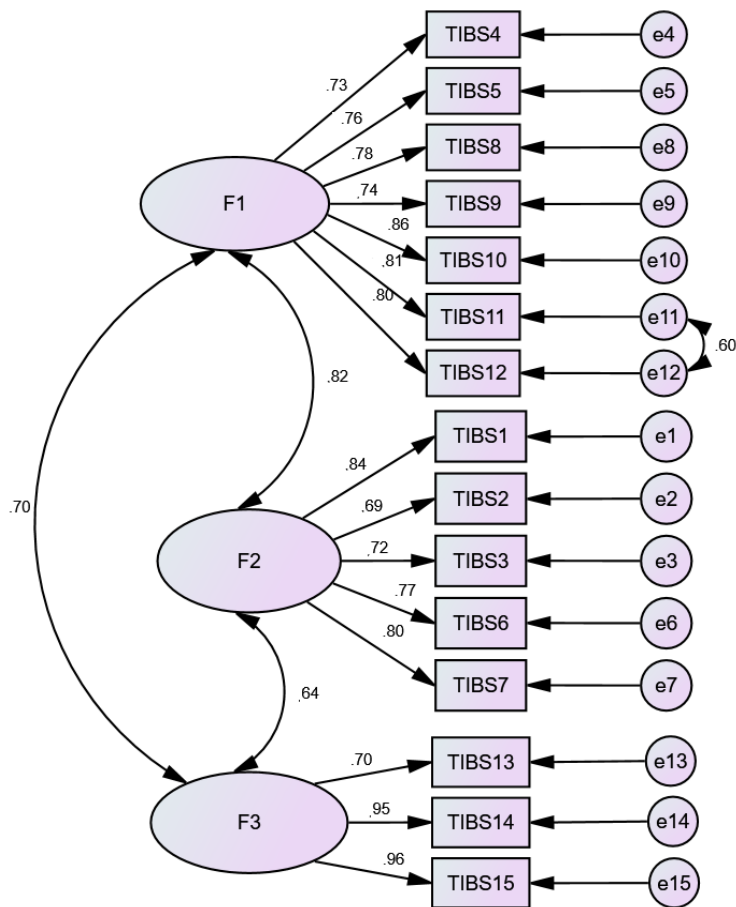
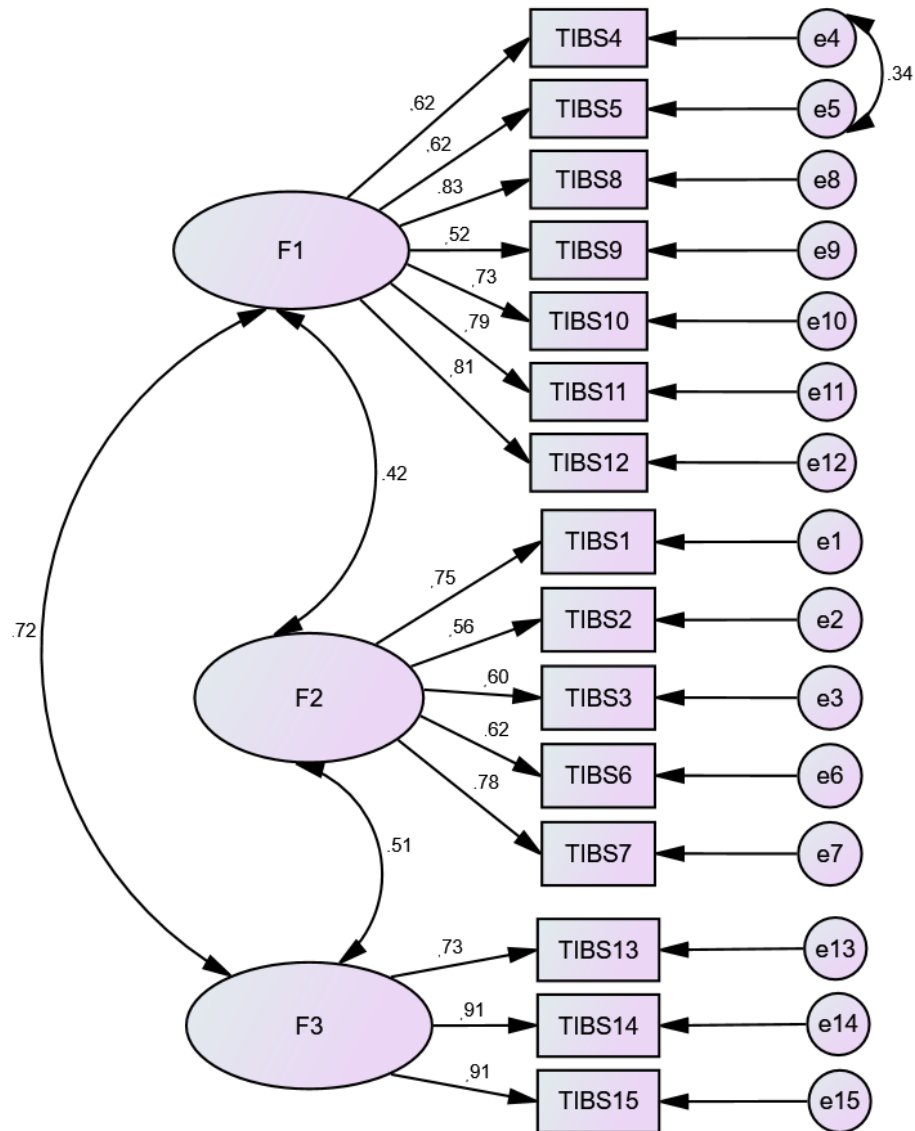


Figure 5. Spanish TIBS internal 3-factor model with modification indices. **Place on page 14**



ANEXO VIII.

ESTUDIO VIII. Sexual Risk Behaviour, Sexism and Prejudices Towards Sexual Openness, Homosexuality and Trans individuals amongst young people in Spain and the United Kingdom: an analysis of related variables

Sexual Risk Behaviour, Sexism and Prejudices Towards Sexual Openness, Homosexuality and Trans individuals amongst young people in Spain and the United Kingdom: an analysis of related variables.

ABSTRACT

Introduction

Sexism, lack of sexual freedom and negative attitudes towards minorities are related to risky and discriminatory sexual behaviours. To date, no cross-cultural comparisons have been made regarding these sexual behaviours and attitudes. The study also explores the sexuality competences of young adults undertaking vocational courses in Higher Education before their transition to professional practice.

Methods

The sample comprised 1235 university students (670 Spanish and 565 British) aged between 18 and 52 years ($M=22.06$, $SD=4.38$). During the academic year 2020-21, respondents completed a survey structured in six standardised scales (HPSC, DSS, SOS, HATH, EANT and TIBS).

Results

Results report that British students show less gender adherence while the Spanish ones show more positive attitudes towards trans individuals and pleasure. These findings indicate that students in this research engage in more sexual risk behaviours, display similar rigid gender adherences and more positive erotophilic, homophilic and trans-friendly attitudes than in previous studies. There were, however, significant differences by gender, religion, and their programme of study.

Conclusions

The research demonstrates the relevance of measuring cultural factors related to sexual behaviours and attitudes in youth and reflects a lack of attention to these issues in educational and healthcare settings despite its broad impact on youth health.

Policy Implications

These findings emphasize the importance of the development of updated strategies in sex education among young people. The added importance of doing so with students in Higher Education who are likely to enter professions where they will educate or influence others on these matters is identified.

Keywords: Interprofessional Higher Education; Sexual Attitude and Behaviour; Sexuality Educational Evaluation; Sexual Lifestyles; Social Development; Spain; United Kingdom.

INTRODUCTION

There has been an increase in focus on and action to promote sexual health, in part, related to the establishment of United Nations Human Rights and the Sustainable Development Goals (UNESCO, 2018). This is important in supporting and guiding local and national institutions in identifying sex education as a high priority contributor to strategies for reaching the Sustainable Development Goals (EEGSE, 2016). Evaluating the impact of such strategies requires understanding of sexual attitudes and behaviours.

The focus of the paper is on aspects of sexual attitudes and behaviours that have been demonstrated to be most strongly linked to sexual risks especially as they relate to risk of acquisition of Sexually Transmitted Infections (STIs), including Acquired Immune Deficiency Syndrome, but also early sexual relations, unprotected sexual intercourse and unplanned and unwanted pregnancies. In 2021, the WHO identified weakness in strategies to combat STIs, citing the fact that one million people contract them every day and putting this down to high prevalence of risky sexual behaviours. The Center for Disease Control and Prevention (CDC,

2019) estimated that the prevalence of risky sexual behaviour in the US is at around 55%. In Europe there was a decrease per 100,000 cases in the number of new cases of Human Immunodeficiency Virus (HIV) between 2009 and 2018, but rates of other sexual infections and risk remain high (ECDPC, 2019). Risky sexual behaviours are diverse and are influenced by multiple factors including educational, attitudinal, personal and sociocultural (Finigan-Carr et al., 2021). It remains essential to support policies and practices in sexual health promotion and to consider the attitudinal predispositions that underlie these risky behaviours (Hansen & Johansson, 2022; Kann et al., 2018).

An important cluster of attitudes related to these behaviours consists of, on one hand, erotophilic attitudes defined as the development of positive predispositions towards sexuality and, on the other hand, negative, erotophobic attitudes (Fisher et al., 1983). Negative sexual attitudes and behaviours have detrimental consequences regarding the creation and maintenance of stereotypes and of discriminatory prejudice towards sexual diversity (Paul et al., 2019). Some of these most harmful prejudices associated with sexuality are sexism, homophobia and transphobia. Sexist attitudes are understood as a predisposition to perpetuate inequalities, stereotypes and roles that are seen to be appropriate behaviours for women and men (including the traditional sexual double standard). Sexism is associated with cultures of violence, rape, and murder (Álvarez-Muelas et al., 2022). Modern sexism has both direct and more subtle forms of discrimination (Tipler & Ruscher, 2019), but in either form it is associated with the heteropatriarchal regime, which privileges male heterosexuality as the hegemonic sexual identity and orientation. This contributes to perpetuation of prejudice against both women and individuals from the LGBTIQ+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual, Queer and +, which indicates the inclusion of a broader range of identities not represented in this abbreviation) Community (Charest, & Kleinplatz, 2022; Silvestrini, 2020). Like sexism, LGBTIQ+phobic attitudes, such as transphobia, homophobia or biphobia, have been categorized into manifest and subtle. The manifest is characterised by overt hostility towards LGBTIQ+ individuals; the subtle seeks to indirectly undermine these identities and sexual

orientations, including feigning positive attitudes toward them (Timmins et al., 2020). These dominant cultures repress and deny sexual health to people in sexual minorities, typically by negatively stereotyping, excluding, and making them invisible (Westwood, 2022). The internalization of cisgenderist and heterosexist prejudices can have serious consequences for members of sexual minorities and may lead to mental health conditions such as anxiety, depression and suicide (Grozelle, 2017).

Sex education has an important role to play in altering these harmful sexual attitudes and behaviours. It is widely accepted that it should be adapted to the sociocultural context, be based on a biographical and professional model and be implemented in educational curricula from an early age (EEGSE, 2016). Both Spain and United Kingdom (UK) have had progressive developments in sexuality education, with the biological aspect (reproduction and STI prevention) being compulsory in Spanish schools since 1990 and in the UK schools since 1996. In Spain, other sexual competences (education in values) are covered in other subjects; in the UK, they were an optional subject (Calvo-González, 2021; Department of Education, 2019) until “Relationships and sex education (RSE) and health education” became a mandatory subject to be taught in British schools from the academic year 2020-2021. RSE now includes topics such as family attachment, healthy relationships based on Human Rights, positive sexual behaviours and attitudes, physical and mental wellbeing, and safe Internet use. However, legal guardians can withdraw their children from content not considered compulsory under the National Curriculum (Department of Education, 2019).

The situation in Higher Education is rather different. There were 17.5 million tertiary education students in the EU-28 (2019), the UK (2,495,800 students) and Spain (1,548,369 students), being the third and fourth ranked European countries with the most university students representing 12.3% and 10.2% of the total, respectively (Eurostat, 2021). Despite the fact that the Bologna Declaration has unified university training between these countries, it has not had an impact on sexuality education. This means that Sex Education university programmes have been protected only by national and European laws in favour of equality and

against sexual discrimination (Schucan & Pitman, 2020). Some highly vocational Higher Education programmes related to human sciences, such as teacher training and health professionals, have more training in competencies in sex education within their academic curriculum than others (Powell & Sang, 2015). Nevertheless, de Vries et al. (2020) claim that students in these programmes consider this provision to be outdated, and they do not feel prepared to deal with sexual diversity in their respective areas of professional work after university. In other career-related subject groups such as engineering or economics, training on sexual health is not mentioned in their study plans (Leaper & Starr, 2019). These degrees have also been traditionally linked to male careers and their students have presented a greater adherence to gender roles and heterosexist attitudes that may negatively influence their conduct towards sexuality in a professional capacity. Cunha-Oliveira et al. (2021) and Leaper and Starr (2019) report that university students learning about sexuality is inconsistent, since curricula and training differ depending on prospective career. They also suggest that it is essential to train a new generation of professionals who can generate a positive change concerning sexuality in their careers as well as in their personal lives. As provision is patchy so too is evaluation of interventions and the practice of students and academics (Astle et al., 2021).

Despite a lack of policy support and curricula weakness, universities in both Spain and the UK have tried to promote sexual equality, encouraging the creation of associations on campus for gender equality and the LGBTIQ+ community aiming to contribute to the development of safer spaces for sexual minorities (de Vries et al., 2020). In addition, within their academic activities many support research in sex, sexualities and gender, allied communities of postgraduate teaching and research and have been involved in the development and evaluation of sexual education programs in school, other educational contexts and wider communities. These make universities one of the most important environments for the development of Health Education (Logie et al., 2019).

The aim of this study is to examine the sexuality competences of university students before their transition to professional practice and in doing so to compare sexual behaviours and

attitudes among students in Spain and UK. As secondary objectives, this research also assesses whether there are differences in these topics by gender, age, sexual orientation, courses, and other sociodemographic variables. Based on previous research, it was hypothesized that (1) risky sexual behaviours occur less frequently in females, heterosexual people, people who are in a relationship, older students and Health Science students. Nevertheless, it is assumed that (2) there will be similar behaviour and attitudes towards sexuality (sexual roles, erotophilic, homophilic and trans-friendly predispositions) in Spanish and British students due to the similar legislative environment. It was also suggested, following de Vries et al. (2020), that (3) more positive attitudes would be shown by females, members of the LGBTIQ+ community, single and non-religious individuals. Furthermore, (4) negative attitudes and behaviours towards sexuality are expected amongst older student and in students within Engineering and Economics degrees. This is due to younger students are more likely to have received education that avoids or challenges the perpetuation of sexual prejudices (Astle et al., 2021). Finally, (5) it is hypothesised that there will be a correlation between negative sexual attitudes and behaviours.

MATERIALS AND METHODS

A cross-sectional study was conducted in two public universities, located in areas in the north of both countries characterised by similar sized populations. The total population of the Spanish universities included the study is 53317 and its counterpart of the UK is 51605. The Spanish and the British sample represent a statistically adequate sample size by institution (Daniel & Cross, 2018). Following stratified sampling guided by inclusion, 1235 students were selected to take part in this study. The inclusion criteria were: being a university student over 18 years old; and, being enrolled in the courses and at educational levels listed below. The sampling frame consists of representative samples of students enrolled at different levels of undergraduate (first, second, third and fourth year) and postgraduate studies, representative of the 5 branches of knowledge (humanities, legal and economic sciences, sciences, health sciences and engineering). The study was approved by the Ethics Committees of the

participating universities. Data collection straddled the period of the global pandemic and therefore due to imposition of lockdowns the survey was initially presented in person to students and via their lecturers. During lockdown, recruitment was carried out by email. Links to the questionnaires, which were conducted via Jisc and Qualtrics programs, were emailed to students between 10/01/2020 until 28/07/2021.

Study instruments

The study comprises a survey by self-completion questionnaire made up of six standardized scales that describe and examine sexual attitudes and behaviours. The questionnaire was shared with subject experts at the Spanish and British Universities to confirm its face validity. The survey was identical for all respondents, although it was delivered in the native language of each country. Data were gathered on: 1. Sources of sex education, 2. Sexual risk and inclusive behaviour, 3. Adherence to the sexual roles, 4. Sexual stimuli with negative-to-positive affect, 5. Attitudes and behaviours towards LGTBIQ+, and, 6. Socio-demographics characteristics (including country, gender, nationality, age, civil status, religiosity and university course and level).

The Health Protective Sexual Communication Scale (HPSC) used 10 items to assess how often participants discuss sexual health with a new sexual partner. The scale evaluates sexual histories, health protection concerns, and communication related to safer sex and use of contraceptives. The scale showed a high reliability with a Cronbach's Alpha (α)=.84 and was validated in Spanish and English (Catania et al., 1998). Scores range from 10 to 40 with lower scores indicating higher concerns about discussing health protective topics. This study obtained high reliability in the British sample with α =.80 and the mean score was 26.72 ($N=565$, $Min=10$, $Max=40$ and $SD=6.07$) and acceptable reliability in the Spanish sample with α =.76 and the mean score was 27.34 ($N=671$, $Min=10$, $Max=40$ and $SD=5.93$).

The Double Standard Scale (DSS, Caron et al., 1993) employed 10 items to assess acceptance of the traditional sexual double standard (roles and stereotypes). Scores range from 10 to 50, with higher scores indicating lower adherence to the traditional double standard. The

scale shows acceptable reliability, $\alpha = .72$ (Caron et al., 1993). The Spanish translated version of the scale has been validated by Sierra, et al. (2007) who reported an acceptable reliability, $\alpha = .73$. This study obtained high reliability in the British sample with $\alpha = .86$ and the mean score was 43.03 ($N=565$, $Min=15$, $Max=50$ and $SD=6.51$) while obtaining acceptable reliability in the Spanish sample with $\alpha = .72$ and a mean score of 42.31 ($N=512$, $Min=22$, $Max=50$ and $SD=5.44$).

The Sexual Opinion Survey (SOS, Fisher et al., 1983), employed 21 items to measure erotophobia-erotophilia as the learned disposition to respond to sexual stimuli with negative-to-positive affect, including open sexual display, a variety of sexual behaviour and homoeroticism. Score ranges from 21 to 147 points and lower scores indicate more erotophilic sexual stimuli. The scale showed a high reliability, $\alpha = .82$ to $.90$ (Fisher et al., 1988). The Spanish version of the scale has been validated by Carpintero and Fuertes (1994), who reported a high reliability, $\alpha = .85$ in 2000 Spanish adults. This study obtained high reliability in the British sample with $\alpha = .87$ and the mean score was 62.8 ($N=565$, $Min=22$, $Max=147$ and $SD=17.88$) and high reliability in the Spanish sample with $\alpha = .85$ and the mean score was 53.57 ($N=401$, $Min=22$, $Max=120$ and $SD=16.06$).

The Heterosexual Attitudes Toward Homosexuality Scale (HATH, Larsen et al., 1980) used 20 items to assess discrimination against LGBTBIQ+ people. Scores range from 20 to 100 points with lower scores indicating more positive attitudes towards LGBTBIQ+ people. The scale shows a high reliability, $\alpha = .92$ (Larsen et al., 1980). The Spanish version of the scale has been validated by Barrientos-Delgado and Cárdenas-Castro (2010) who reported an excellent reliability, $\alpha = .90$. This study obtained excellent reliability in the British sample with $\alpha = .95$ and the mean score was 27.08 ($N=561$, $Min=20$, $Max=100$ and $SD=11.58$) and excellent reliability in the Spanish sample with $\alpha = .87$ and the mean score was 26.36 ($N=534$, $Min=20$, $Max=96$ and $SD=8.61$).

The Scale of Negative Attitudes towards Trans People (EANT, Paéz et al., 2015) employed 9 items to assess negative attitudes towards transgender people. Scores range from 9 to 45 with higher scores indicative of more positive attitudes and less prejudice towards trans

people. Páez et al. (2015) show the reliability of the scale to be good with an α of 0.90. The English version of the scale was previously validated with this sample by Alonso et al. (2021) who reported a high reliability with $\alpha = .81$. This study obtained high reliability in the Spanish sample with $\alpha = .83$ and the mean score was 14.14 ($N=634$, $Min=9$, $Max=43$ and $SD=6.06$).

The Scale of Inclusive Behaviours towards Trans people (TIBS, Kattari et al., 2017), comprising 15 items, was used to assess inclusive behaviours towards transgender people and any impact of interventions that have promoted trans inclusion. Scores range from 15 to 75 with higher scores indicating more inclusive behaviours towards trans people. The Kattari et al. (2017) scale presented excellent reliability with a α of .93. The Spanish version of the scale was translated by Fernández-Hawrylak et al. (2020) who reported a high reliability with $\alpha = .89$. This study obtained excellent reliability in the English sample with $\alpha = .95$ and the mean score was 37.32 ($N=454$, $Min=15$, $Max=75$ and $SD=14.67$) and high reliability in the Spanish sample with $\alpha = .89$ and the mean score was 36.97 ($N=329$, $Min=15$, $Max=75$ and $SD=12.33$). Whose validation will be shown complete in another study, pending publication.

Data analyses

Descriptive and inferential statistical analysis was undertaken using the statistical program IBM SPSS-27 for Windows. Preliminary analyses were conducted and assessed that there were no violations of normality, linearity, and multicollinearity. The chi square statistic was used to test hypotheses regarding frequency distributions. Pearson correlation was performed based on all dichotomous predictors, once the sample has been split by country, to compare the results of the scales between students from Spain and the UK and represent them in scatterplots. The Confidence Interval of rho was found to take an estimate of the correlation that exists within the population of the bivariate values drawn randomly from the sample. The values of the correlations are considered $r = .10/.30/.50$ as small/medium/large. To compare scales means and criterion variables, the ANOVA test was used. The ANOVA effect of sample size

was calculated using the eta squared (η_p^2) which is $\eta_p^2 = .01/.06 / 14$ as small/medium/large effect size (Daniel & Cross, 2018).

RESULTS

The study samples consisted of 670 Spanish university students aged 18 to 41 years ($M=22.37$, $SD=4.44$) and 565 UK university students aged 18 to 52 years ($M=21.7$, $SD=4.28$). Further details on the sample characteristics are provided in Table 1. Since certain groups are not representative on their own, they have been grouped into another category called “Others” or LGBTIQ+ individuals to perform statistical inferential analysis.

TABLE 1.

Number of participants by characteristics.

Variables	Country		
	Spain	UK	Total
Gender			
Female	468(69.9%)	368(65.1%)	836(67.7%)
Male	195(29.1%)	178(31.5%)	373(30.2%)
Gender non-conforming	7(1%)	14(2.5%)	21(1.7%)
Prefer not to say	0	5(0.9%)	5(0.4%)
Nationality			
Spanish	631(94.2%)	13(2.3%)	644(52.2%)
British	0	418(74%)	418(33.8%)
Other	39(5.8%)	134(23.7%)	173(14%)
Sexual orientation			
Heterosexual	474(70.7%)	359(63.5%)	833(67.4%)
Homosexual	41(6.1%)	51(9%)	92(7.4%)
Bisexual	142(21.2%)	118(20.9%)	260(21.05%)

Asexual	4(0.6%)	9(1.6%)	14(1.05%)
Other	9(1.3%)	23(4.1%)	32(2.6%)
Prefer not to say	0	5(0.9%)	5(0.4%)
Civil status			
Single	488(72.8%)	360(63.7%)	848(68.6%)
Other (With partner, Married, Divorced)	182(27.2 %)	205(36.3%)	392(31.3%)
Religion			
Non-believer	466(69.6%)	377(66.9%)	843(68.26%)
Believer	199(29.7%)	184(32.4%)	383(31.01%)
Prefer not to say	5(0.7%)	4(0.7%)	9(.7%)
University course			
Humanities	224(33.4%)	164(29%)	388(31.4%)
Business, Law, or Politics	99(14.8%)	90(15.9%)	189(15.3%)
Science	67(10%)	50(8.8%)	117(9.5%)
Health Science	125(18.7%)	159(28.1%)	284(23%)
Engineering	91(13.6%)	66(11.7%)	157(12.7%)
Other	64(9.6%)	36(6.4%)	100(8.1%)
University experience			
First course	194(28.9%)	190(33.6%)	384(31.1%)
Second course	109(16.3%)	103(18.2%)	212(17.2%)
Third course	119(17.8%)	117(20.7%)	236(19.1%)
Fourth course	96(14.3%)	56(9.9%)	152(12.3%)
Postgraduate	113(14.3%)	63(11.2%)	176(14.3%)
Prefer not to say	39(5.8%)	36(6.4%)	75(6.1%)
Total sample	670(100%)	565(100%)	1235(100%)

n=sample, %=percentage, *N*=population size

Sources of sexuality education

Of the 942 students who provided information about the level of education at which they had mainly received sex education, more than 50 percent in both countries indicated that they had received it in their Secondary Education (further details in Table 2).

TABLE 2.

Sexuality education received by level and country.

Variables	University, <i>n</i> (%)		Total
	Spanish	British	<i>N</i> (%)
Early Years (Pre-School and reception)	22(4.40%)	4(1%)	26(2.76%)
KS1 and KS2 (Primary Education).	96(19.24%)	133(30%)	229(24.31%)
KS3 and KS4 (Secondary Education).	388(77.7%)	243(54.85%)	631(66.98%)
KS5 (College or Sixth)	148(29.6%)	26(5.87%)	174(18.47%)
University	68(13.6%)	3(0.68%)	71(.75%)
I have never received sexual education	59(11.8%)	34(7.67%)	93(9.87%)
Total	499	443	942(100%)

n=sample, % =percentage, *N*=population size

In relation to the 1020 students (475 Spanish and 545 from UK) who answered questions related to usefulness, competence and sources from which the acquired sex education: British students (361, 66.2%) show great dissatisfaction with sex education received and indicated that it was not useful for them, as opposed to that received by Spaniards (67, 13.7%). The association between being Spanish and considering sex education useful was $\chi^2=452.005$, $df=2$, $p<.001$. Spanish students consider that sexuality information provided from parents is an important resource (313, 65.89%), followed by professionals (437, 92%), NGOs (334, 70.3%) and from that obtained in scientific literature (394, 82.94 %). By comparison, more than half of British respondents rated the information received through these media as unhelpful, showing a significant association between being Spanish and requesting information from the family

nucleus ($\chi^2=175.84$, $df=2$, $p < .001$), from professionals ($\chi^2=280.56$, $df=2$, $p < .001$), to NGOs ($\chi^2=366.11$, $df=2$, $p < .001$) and through scientific literature ($\chi^2=103.23$, $df=2$, $p < .001$).

However, when comparing the sexuality information received from friends and the mass media, similar associations were found in both countries.

Scale analysis in relation to the criterion variables

Figures 1, 2, 3 and 4 show the relationship through correlations and the Confidence Interval of rho by country between the criterion variables (gender, sexual orientation, marital status, and religion) and the scales (HPSC, DSS, SOS, HATH, EANT and TIBS). Results for Spain are indicated by black squares and those for the UK by white. Among students from both countries, there are more positive sexual behaviours in women, religious people and in people with stable partners. Students from the LGBTIQ+ community, women and non-religious people have less adherence to sexual roles and more positive erotophilic, homophilic and trans-friendly attitudes than the rest of the participants in the sample. As shown in the figures, the main differences between countries are that in the UK there is a lower presence of risky sexual behaviours and less adherence to sexual gender roles than in Spain. However, in Spain there are more positive attitudes and behaviours towards the LGBTIQ+ group and greater sexual openness than in the UK.

FIGURE 1.

Dispersion diagram by country, scales and gender (woman).

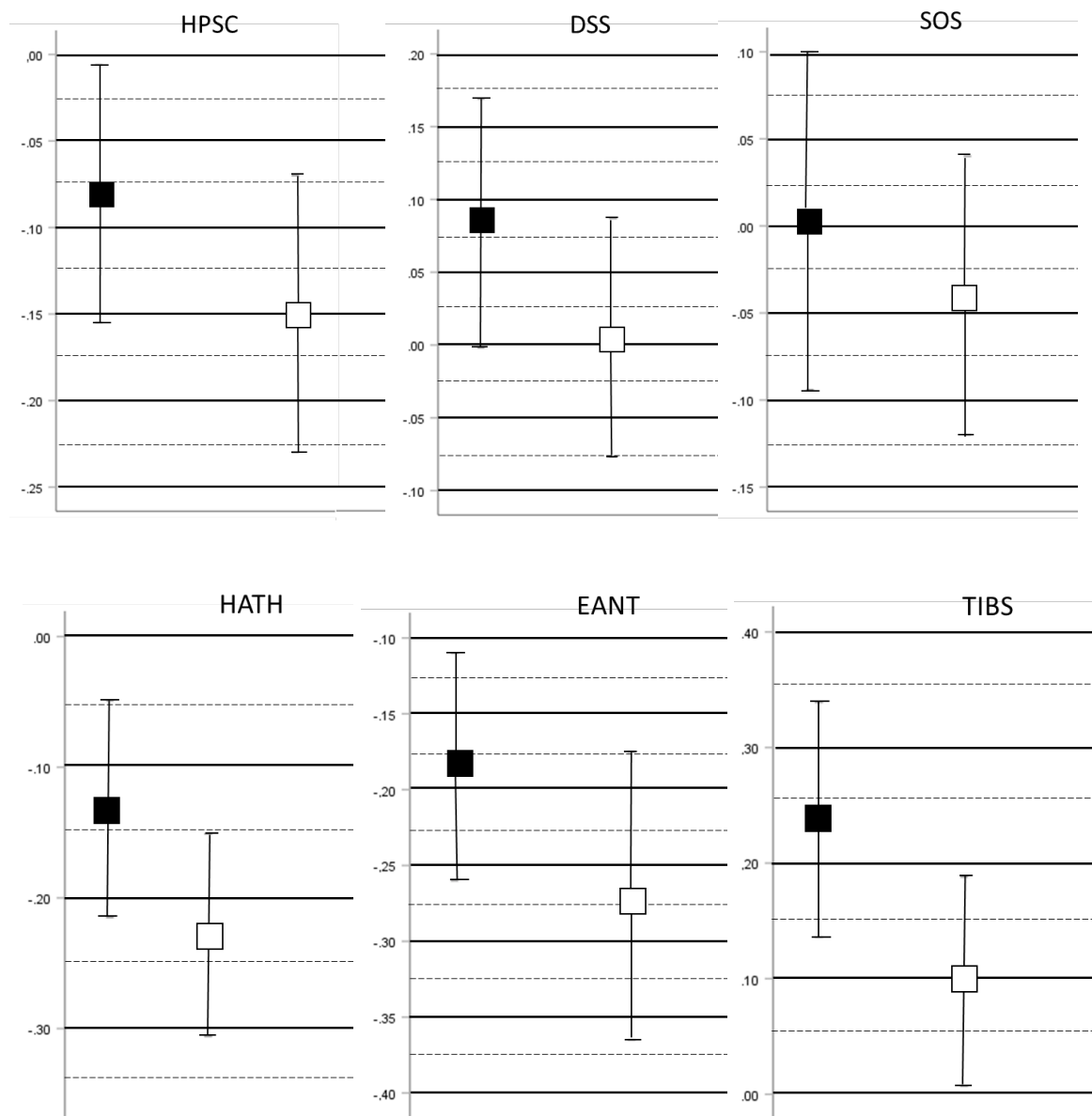


FIGURE 2.

Dispersion diagram by country, scales and sexual orientation (heterosexual).

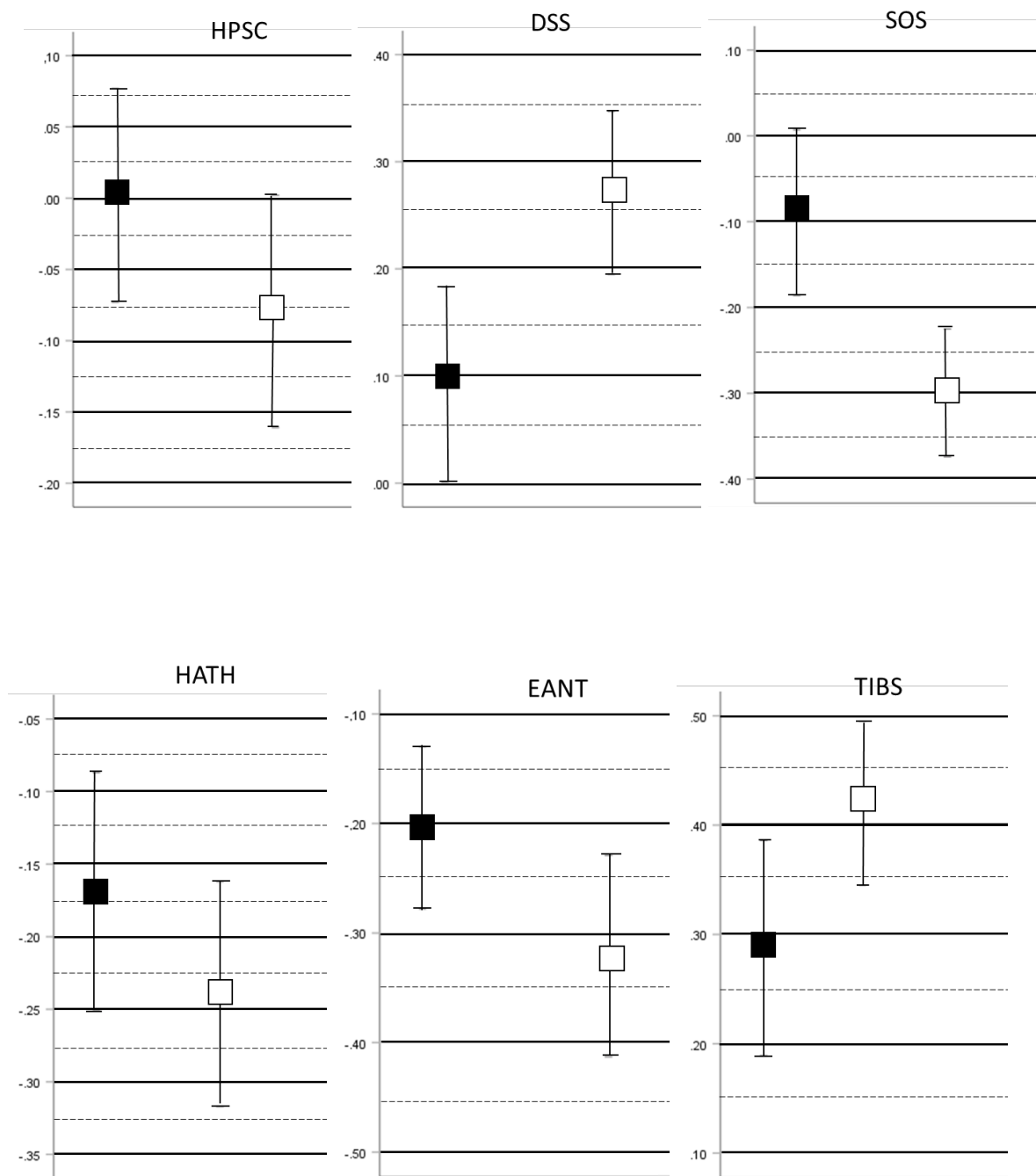


FIGURE 3.

Dispersion diagram by country, scales and civil status (single).

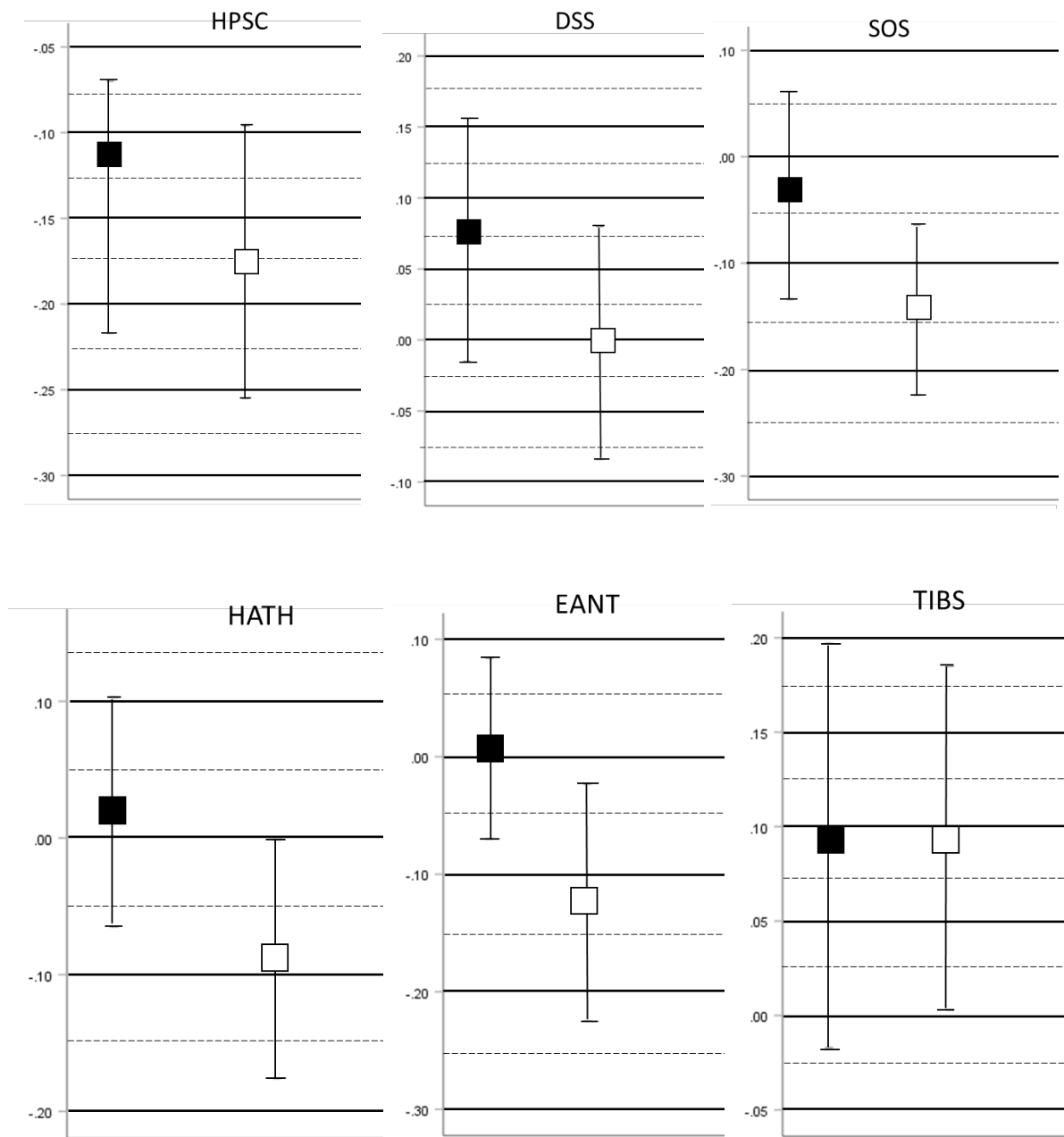
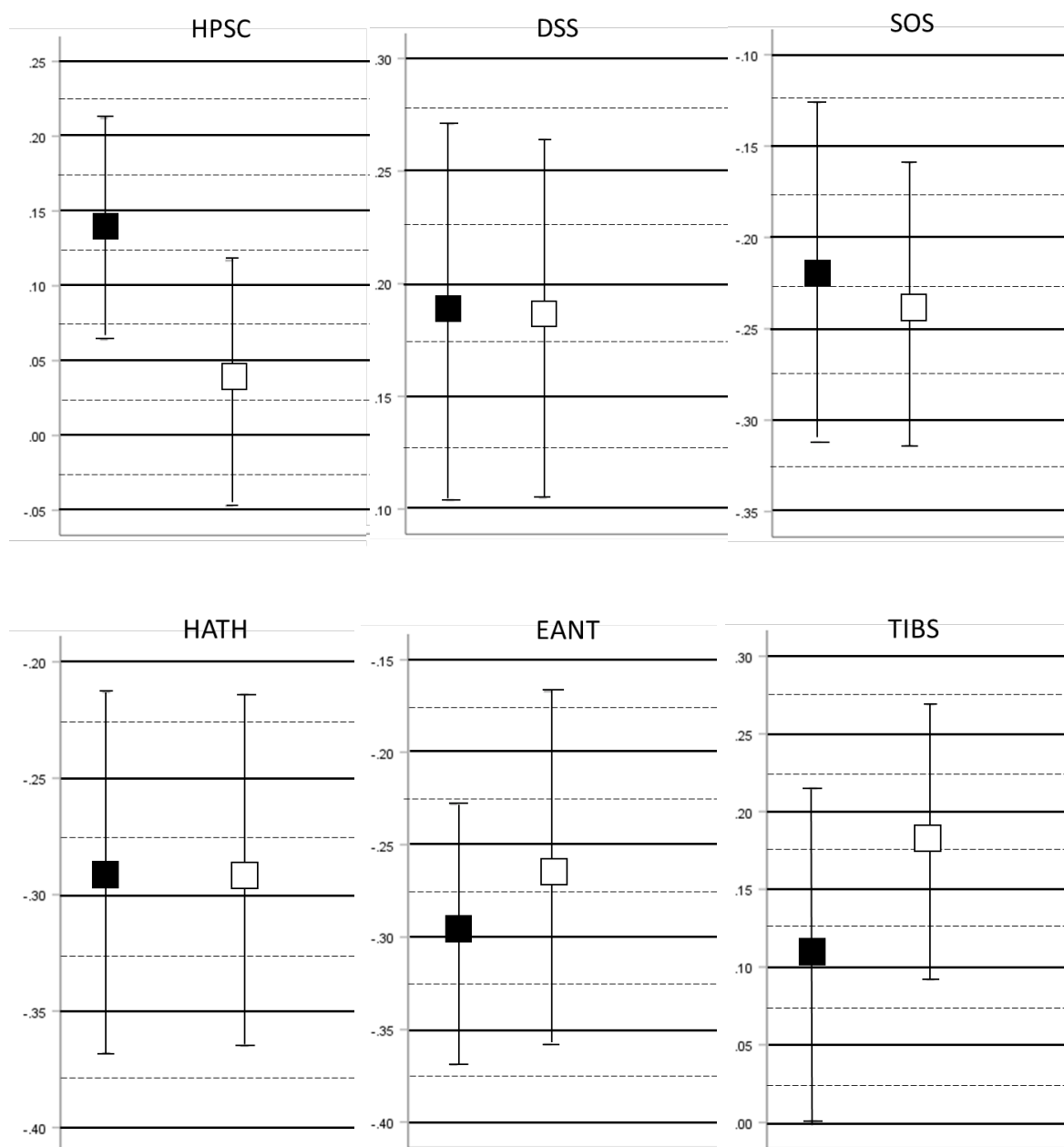


FIGURE 4.

Dispersion diagram by country, scales and religion (believer).



The scores obtained show results for sexuality education, university degree and courses are similar in the two countries, but there are statistically significant differences between the means of these variables in the complete sample of students from Spain and UK, see Table 3. No differences were found in risky sexual behaviours (HPSC) and erotophilic attitudes (SOS), by level or by course. However, a greater adherence to sexual roles was found in students of

branches of Economic and Legal Sciences and more positive attitudes towards the LGTBQ+ community amongst students of Health Sciences, Sciences and Humanities, specially when compared to students of engineering and economics. Significant differences were found in adherence to attitudes towards sexual minorities between the different educational levels. With more positive attitudes shown in those students who had received sexuality education in secondary and other educational levels.

TABLE 3.

Differences in the scale score by university degree and courses.

Variable: University degree						<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	η_p^2
DSS, M(SD)									
Humanities ^a	Business ^b	Science ^c	Health Sciences ^d	Engineering ^e	Other ^f				
43.19(5.92) ^b	41.08(6.82) ^{a,c,d,f}	43.2(5.11) ^b	43.03(5.83) ^b	42.24(5.94) ^b	43.10(5.91) ^b	3.42	5,	.005*	.016
n=309	n=173	n=101	n=259	n=142	n=96		1076		
HATH, M(SD)									
Humanities ^a	Business ^b	Science ^c	Health Sciences ^d	Engineering ^e	Other ^f				
25.89(8.21) ^{b,e}	29.14(12.26) ^{a,d}	26.28(8.71)	25.54(9.32) ^{b,e}	29.30(12.69) ^{a,c}	26.21(11.55)	4.94	5,	.001**	.022
n=348	n=174	n=108	n=231	n=138	n=96		1094		
EANT, M(SD)									
Humanities ^a	Business ^b	Science ^c	Health ^d Sciences	Engineering ^e	Other ^f				
14.20(5.60) ^{b,e,f}	17.05(6.63) ^{a,c,d}	14.24(4.59) ^{b,e,f}	14.15(5.36) ^{b,e,f}	17.09(7.17) ^{a,c,d}	16.9(6.69) ^{a,c,d}	10.56	5,	.001**	.051
n=305	n=166	n=112	n=201	n=125	n=87		990		
TIBS, M(SD)									
Humanities ^a	Business ^b	Science ^c	Health Sciences ^d	Engineering ^e	Other ^f				
40.71(13.24) ^{b,d,e,f}	33.72(13.85) ^{a,c}	38.36(14.88) ^{b,e}	35.98(13.06) ^a	33.6(13.55) ^{a,c}	37.78(12.28) ^a	7.59	5,783	.001**	.047
n=280	n=115	n=77	n=152	n=105	n=54				
Variable: University course						<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	η_p^2
HATH, M(SD)									
First ^a	Second ^b	Third ^c	Fourth ^d	Postgraduate ^e			4,		
25.86(6.81)	28.22(10.89) ^d	26.46(10.96)	24.74(10.01) ^{b,e}	28.21(12.49) ^a	3.33	1043		.005*	.016
n=354	n=200	n=191	n=143	n=169					

Variable: Level of sexuality education received							<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>	η_p^2
HATH, M(SD)										
Nursery ^a	Primary ^b	Secondary ^c	Sixth Form ^d	University ^e	Mixed training	Non education ^g				
22(1.41)	27.52 (11.19)	25.64(9.39) ^{c,d,g}	31(15.09) ^c	26.63(12.44)	levels ^f	29.47(15.75) ^c	6,			
n=2	n=100	n=410	n=38	n=8	26.93(8.68)	n=85	3.11	1094	.005*	.017
							n=452			
EANT, M(SD)										
Nursery ^a	Primary ^b	Secondary ^c	Sixth Form ^d	University ^e	Mixed training	Non-education ^g				
16(2.82)	17.19(5.75) ^f	15.73(5.50) ^f	18.17(6.81) ^f	10.33(1.63)	levels ^f	14(7.25) ^a	5,			
n=2	n=93	n=385	n=35	n=6	14(6.17) ^{b,c,d}	n=82	7.24	995	.001**	.042
							n=393			

* $p < .050$, ** $p < .001$.

In addition, correlations were found between the different scales that indicated that behaviours and predispositions are related to each other, with the exception between sexual risk behaviours (HPSC) and negative attitudes towards sexuality (DSS and SOS), see Table 4. In relation to age, it is evident that at a younger age, there are more positive behaviours and attitudes towards sexuality departing from results from previous studies that point out the importance of education and country legislation.

TABLE 4.

Correlations between study variables.

Variables	HPSC	DSS	SOS	HATH	EANT	TIBS	Age
HPSC	1						
DSS	-.070	1					
SOS	.055	-.31**	1				
HATH	.10**	-.41**	.42**	1			
EANT	.11**	-.40**	.44**	.69**	1		
TIBS	-.24**	.27**	-.24**	-.36**	-.43**	1	
Age	.09**	-.04	-.02	.08**	.06	-.13**	1

* $p < .05$ and ** $p < .001$.

DISCUSSION

The study examined the sexuality competences of university students before their transition to professional practice, comparing sexual attitudes and behaviours between Spanish and British learners. The study confirmed the five hypotheses proposed. Moving onto the results obtained in the HSPC scores, they show an insignificant higher predisposition to sexual risk communicative behaviours in the Spanish sample, despite the fact that education in human sexual reproduction and sexual diseases has been compulsory in Spain since 1990 (Berajano-Franco & García-Fernández, 2016). When comparing these scores with those obtained by van der Straten et al. (1998), where participants also spoke Spanish and English ($M=26.8$, $SD=7.4$, $N=835$), a lower awareness of communicative practices related to safe sex can be observed in our study. The topic least discussed between participants was performing serological testing before and after having unprotected sex. Awareness of this closely related to the prevention of STIs (Finigan-Carr et al., 2021). These results are comparable with data obtained by the CDC (2019) which detected an increase in sexual risk behaviours among the population. It should be noted however, that this increase in STIs may also reflect the prevalence of new variants of syphilis and gonorrhoea. This seems plausible given that new HIV cases in these countries have been decreased between 2009 and 2018 (6.4 in Spain and 6.7 in the UK), although both countries have higher ratios than the 5.6 European average (ECDPC, 2019).

No differences in the HSPC scores were found by self-reported sexual orientation. This could be related to a reduction of sexual prejudices in more inclusive societies and may reflect a reduction in stigmatised views that associate sexual risk behaviours and the spread of STIs with being gay or bisexual (Sekoni et al., 2017). In line with previous research, differences in results by gender could be related to adherence to hegemonic masculinity ideals plus a reluctance to use condoms associated with the belief that it reduces male sexual pleasure. In terms of marital status, a greater presence of risk behaviours was found in those who were single. This may be connected with exposure to more sexual partners (Paul et al., 2019).

The DSS results showed significant differences by both nationality and course of university study. These could be related to school policies and regulations incorporated to the British educational curriculum, as well as greater legislative support for equality than what can be found in Spain (Department of Education, 2019). Gender roles are acquired and strongly regulated by sociocultural norms and the historical context in which the education takes place (Álvarez-Muelas et al., 2022). It is worth mentioning that less gender adherence (higher scores) was present when compared to previous research such as that of Caron et al. (1993) carried out with first-year university students ($M=40.9$, $SD=5.3$, $N=330$) and similar results with Spanish samples of university students ($M=42.1$, $SD=5.6$, $N=400$) as found in the study of Sierra et al. (2007). The small size of this difference could be related to a change in the way that sexism is expressed, involving a decrease in manifest sexism, but an increase in more subtle forms (Álvarez-Muelas et al., 2022).

Adherence to the double sexual standard was stronger amongst respondents who identified themselves as heterosexual than others. This could be rooted in the fact that people in the LGTBIQ+ community may have more tolerant attitudes and different approach to gender and gendered norms (Logie et al., 2019). When considering both religiosity and the subjects studied by respondents, a greater adherence to gender roles was found amongst those who described themselves as religious and amongst business university students than those who were not. Religiosity is linked with sexual guilt and the anxiety generated by concern about breaking culturally established gender norms (Westwood, 2022).

Analysis of the SOS showed more erotophilic attitudes in this study when compared to other studies such as in Rise et al. (1993) when sampling Norwegian young adults between 17-19 years old ($M=75.8$, $SD=7.1$, $N=1172$) and in García-Vega et al. (2017) in a similar sample of Spanish university students ($M=69.96$, $SD=16.8$, $n=411$). These SOS results may be related to greater sexual freedoms, more universal educational access, and the promotion of social equality. Significant differences were also found by university and nationality, showing more positive attitudes in Spanish than in students of other nationalities. This may be rooted in the

different educational, sociocultural and legislative measures in place in different countries (Álvarez-Muelas et al., 2022; Martínez-Álvarez et al., 2014).

The reduction of gender differences is due to a socio-cultural change that has encouraged women to exercise greater sexual freedom and have more erotophilic attitudes towards their own masturbation, which was considered historically not appropriate (Hansen & Johansson, 2022; García-Vega et al., 2017). In terms of sexual orientation, more negative attitudes were found amongst heterosexual individuals. There were small but significant differences by marital status and courses and slightly greater ones by religion. These results are related to factors mentioned in discussion about the DSS scores, above (Álvarez-Muelas et al., 2022).

Lastly, when analysing the HATH, EANT and TIBS, which measure negative attitudes and behaviours towards sexual minorities, significant differences were found by university, and nationality, indicating more positive attitudes and behaviours in Spanish students than those of other nationalities. These results are consistent with dissatisfaction with sex education shown by the British sample and the fact the right to marriage for same-sex couples has been legal in Spain since 2005, while this has only been the case in the whole of the UK since 2020. There were higher scores in the British sample and in the Spanish than in studies such as that of Heras-Sevilla and Ortega-Sánchez (2020) using HATH in Spanish university students ($M=26$, $SD=8$, $N=452$) and lower than the study of Kattari et al. (2017) using TIBS in adults ($M=44.85$, $SD=12.3$, $N=635$). However, there were higher scores in the British sample and lower in the Spanish than in study of Paéz et al. (2015) using the EANT in university students ($M=17.11$, $SD=7.9$, $N=611$). This reduction of transphobia in Spain is probably a result of greater visibility and respect for the sexual plurality thanks to educational, social and legislative changes (Heras-Sevilla & Ortega-Sánchez, 2020). In addition, in this as in other studies, there were more significant positive attitudes and behaviour towards sexual minorities amongst women, LGBTIQ+ people and religious non-believers (Charest & Kleinplatz, 2022). Negative attitudes have also been shown to positively correlate with social peer attitudes, religiosity, and

authoritarianism (Timmins et al., 2020). Like this study, Barrientos-Delgado and Cárdenas-Castro (2010) observed significant differences by university degrees, finding higher scores in careers that taught less skills in sex education such business and engineering degrees.

The strengths of this study are that it contributes to knowledge about the use of the scales employed. It does so by means of a cross-cultural assessment utilising multiple sociodemographic variables. The results strongly imply that current educational and legislative measures are contributing positively to the reduction in negative attitudes towards sexuality. Similar results were obtained in numerous studies mentioned in this research. They also point out the lack of university training in this issue and absence of effective sexual risk behavioural interventions. These data represent a contributory resource in the creation of global educational interventions because they consider different sociocultural variables. Sampling in university populations is not considered a constraint due to these students have passed through the entire educational system and being young adults with fairly well-established ideologies on this topic that will influence future generations (Leaper & Starr, 2019) and about 70% of the population in both Spain and the UK undertake some university study at some point in their lives (Eurostat, 2021).

The study has limitations. The bulk of the sample was recruited through online questionnaires to respect the COVID restrictions. In future studies, the sample could be expanded allowing evaluation of these conditions in other universities, and also emphasizing other variables such as political ideals, self-concept, pornography effects and another sexual risk behaviours. It will be interesting to evaluate SRE in a whole generation in the UK and the new Spanish Law 2/2021, which is aimed at guaranteeing the rights of transgender people. In addition, longitudinal research designs should be conducted to better establish causal relationships between variables and scales and explore whether these sexual behaviours and attitudes change as individual's progress through university.

CONCLUSION

In this study, student attitudes were generally more positive compared to previous research, showing less adherence to the double sexual standard and greater erotophilic and positive sexual attitudes. Due to the lack of differences by course as well as the lack of innovation in sexuality education at the university, the social changes and reduction of prejudices being observed are considered to be a consequence of study participants' previous educational experience and national and international movements in support of sexuality, rather than a result of university training itself (Cunha-Oliveira et al., 2021). The reduction in manifest homophobia and transphobia has been very significant. Nevertheless, trans exclusive behaviours continue to be present in the Spanish and British sample. Adherence to sexual roles remained similar to that reported in previous studies, which suggests further research on these topics is warranted with a focus on measuring subtle prejudice predispositions. The most important factors in this study are sociocultural variables such as nationality and religion, which are acquired and developed in the individual's environment, and which have been argued to have the greatest influence on negative attitudes and behaviours (De Meyer et al., 2021).

Relying on educational risk models which are not context specific and focused on the prevention of diseases or unwanted pregnancies are not sufficiently reducing these risk behaviours (UNESCO, 2018). It is necessary to implement sexuality education, focused on the biographical study of individuals and taught by qualified professionals (Parker et al., 2009). Healthy sexuality has become an issue that concerns everyone regardless of nationality or culture, underlining the need to establish a global education and health accessible to everyone (Pound et al., 2013). We can affirm that it is necessary to guarantee equal training of future professionals whilst in University. This should involve adequate attention to psychobiological and sociocultural issues so that students are able to address sexuality in their future professional practice in order to influence social change and impact health outcomes of future generations.

IMPLICATIONS

- Training future professionals can be a crucial resource to ensure quality sex education and healthcare services and satisfy the needs of increasingly globalized communities.
- It is not yet clear how or why sociocultural variables define the similarities and differences in sexual predispositions between Anglo-Saxon and Hispanic cultures.
- Undergraduate students do not receive training related to sexuality whilst in Higher Education and do not feel competent to address it in their future professional roles.
- More positive attitudes towards liberalism and sexual diversity and greater sexism are found in Hispanic than in Anglo-Saxons settings. However, both share similar positive attitudinal tendencies towards sexuality.
- An educational change is taking place resulting in more positive attitudes towards LGBTBIQ+ Community in younger adults, but that remains to be applied to inclusive behaviours.
- Risky sexual behaviour remains high among young people sampled.

Data Availability

The data and material reported in this manuscript can be approached through contacting the corresponding author and the data is deposited in a digital repository that can be accessed from the following link, <https://doi.org/10.5281/zenodo.5564749>

REFERENCES

- Alonso-Martínez, L., Heras-Sevilla, D., Fernández-Hawrylak, M., & Forrest, S. (2021). English Validation of a Short Scale Designed to Detect Negative Attitudes Towards Trans People (EANT). *Sustainability*, 13(7), 3760. <https://doi.org/10.3390/su13073760>
- Álvarez-Muelas, A., Gómez-Berrocal, C., Osorio, D., Noe-Grijalva, H. M., & Sierra, J. C. (2022). Sexual Double Standard: a Cross-Cultural Comparison of Young Adults

- Spanish, Peruvian, and Ecuadorian People. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-9.
<https://doi.org/10.1007/s13178-022-00714-x>
- Astle, S., McAllister, P., Emanuels, S., Rogers, J., Toews, M., & Yazedjian, A. (2021) College students' suggestions for improving sex education in schools beyond 'blah blah blah condoms and STDs', *Sex Education*, 21(1), 91-105.
<https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1749044>
- Barrientos-Delgado, J. E., & Cárdenas-Castro, J. M. (2010). Adaptación y validación de la escala Likert de actitudes de heterosexuales hacia homosexuales (HATH) en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 5, 30-49. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293323015003>
- Berajano-Franco, M. T., & García-Fernández, B. (2016). La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. *Opción*, 32(13), 756-789.
- Calvo-González, S. (2021). Educación sexual con enfoque de género en el currículo de la educación obligatoria en España: avances y situación actual. *Educatio Siglo XXI*, 39(1), 281-304. <https://doi.org/10.6018/educatio.469281>
- Caron, S. L., Davis, C. M., Halteman, W. A., & Stickle, M. (1993). Predictors of Condom-related Behaviors among First-year College Students. *The Journal of Sex Research*, 30(3), 252-259. <https://doi.org/10.1080/00224499309551709>
- Carpintero, E., & Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del 'Sexual Opinion Survey' (SOS). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 31, 52-61.
- Catania, J. A. (1998). Health Protective Sexual Communication Scale. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Scheer and S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (pp. 544-547). SAGE.

CDC - Center for Disease Control and Prevention. (2019). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, *MMWR Suppl* 2020, 69(1), 1-83.

<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/2019/su6901-H.pdf>

Charest, M., & Kleinplatz, P. J. (2022). What Do Young, Canadian, Straight and LGBTQ Men and Women Learn About Sex and from Whom?. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(2), 622-637. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00578-7>

Cunha-Oliveira, A., Camarneiro, A. P., Gómez-Cantarino, S., Cipriano-Crespo, C., Queirós, P. J. P., Cardoso, D., Santos, D. G., et al. (2021). The Integration of Gender Perspective into Young People's Sexuality Education in Spain and Portugal: Legislation and Educational Models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11921. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182211921>

Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2018). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences* (11th ed). WILEY.

Department of Education. (2019). *Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education*. London: Department of Education.
<https://www.gov.uk/government/publications/relationships-education-relationships-and-sex-education-rse-and-health-education>. Accessed December 8, 2021.

ECDPC - European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2019 - 2018 Data*. <https://doi.org/10.2900/47834>

EEGSE - European Expert Group on Sexuality Education. (2016). Sexuality Education – What is it?. *Sex Education* 16, 427-431. <https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1100599>

Eurostat. (2020). *Statistic Explained. Tertiary Education Statistics*.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tertiary_education_statistics#Participation.

- Fernández-Hawrylak, M., Tristán-Muñoz, G., & Heras-Sevilla, D. (2020). Actitudes hacia la transgeneridad y la transexualidad en el ámbito universitario. Un estudio preliminar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 393-404. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1796>
- Finigan-Carr, N. M., Craddock, J. B., & Johnson, T. (2021). Predictors of condom use among system-involved youth: The importance of Sex Ed. *Children and Youth Services Review*, 127, 106130. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106130>
- Fisher, W. A., Byrne, D., & White, L. (1983). Emotional Barriers to Contraception. In D. Byrne and W. A. Fisher (Eds.), *Adolescents, Sex, and Contraception* (pp. 207-239). Erlbaum.
- García-Vega, E., Rico, R., & Fernández, P. (2017). Sex, Gender Roles and Sexual Attitudes in University Students. *Psicothema*, 29 (2), 178-183. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.338>
- Grozelle, R. S. (2017). Cultural Heterosexism and Silencing Sexual Diversity: Anoka-Hennepin School District. *Journal of LGBT Youth*, 14 (4), 393-410. <https://doi.org/10.1080/19361653.2017.1365035>
- Hansen, M. A., & Johansson, I. (2022). Predicting attitudes towards transactional sex: The interactive relationship between gender and attitudes on sexual behaviour. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(1), 91-104. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00527-w>
- Heras-Sevilla, D., & Ortega-Sánchez, D. (2020). Evaluation of Sexist and Prejudiced Attitudes Toward Homosexuality in Spanish Future Teachers: Analysis of Related Variables. *Frontiers in psychology*, 11, 572553. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572553>

- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., Lowry, R. et al. (2018). Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(8), 1-114. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1>
- Kattari, S. K., O'Connor, A. A., & Kattari, L. (2017). Development and Validation of the Transgender Inclusive Behavior Scale (TIBS). *Journal of Homosexuality*, 65(2), 181-196. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1314160>
- Larsen, K.S., Reed, M., & Hoffman, S. (1980). Attitudes of Heterosexual Towards Homosexuality: A Likert-type Scale and Construct Validity. *The Journal of Sex Research*, 16(3), 245-257. <https://doi.org/10.1080/00224498009551081>
- Leaper, C., & Starr, C. R. (2019). Helping and Hindering Undergraduate Women's STEM Motivation: Experiences with STEM Encouragement, STEM-Related Gender Bias, and Sexual Harassment. *Psychology of Women Quarterly*, 43(2), 165-183. <https://doi.org/10.1177/0361684318806302>
- Logie, C. H., Lys, C. L., Dias, L., Schott, N., Zouboules, M. R., MacNeill, N., & Mackay, K. (2019). "Automatic assumption of your gender, sexuality and sexual practices is also discrimination": Exploring sexual healthcare experiences and recommendations among sexually and gender diverse persons in Arctic Canada. *Health & social care in the community*, 27(5), 1204-1213. <https://doi.org/10.1111/hsc.12757>
- Martínez-Álvarez, J. L., Vicario-Molina, I., González-Ortega, E., & Ilabaca, P. (2014). Educación sexual en España: importancia de la formación y las actitudes del profesorado. *Infancia y Aprendizaje - Journal of the Study of Education and Development*, 37(1), 117-148. <https://doi.org/10.1080/02103702.2014.881652>
- De Meyer, S., Jerves, E., Cevallos-Neira A., Arpi-Becerra, N., Van den Bossche, R., Lecompte, M., Vega, B., & Michielsen, K. (2021). Which factors contribute to sexual well-being?

- A comparative study among 17 to 20 year old boys and girls in Belgium and Ecuador. *Culture, health & sexuality*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1928288>
- Mukoro, J. (2021). The representation of gender in England's sexuality education policy. *Sexuality, Gender & Policy*, 4(2), 130-141. <https://doi.org/10.1002/sgp2.12032>
- Páez, J., Hevia, G., Pesci, F., & Rabbia, H. H. (2015). Construcción y validación de una escala de actitudes negativas hacia personas trans. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(1), 151-188. <https://doi.org/10.18800/psico.201501.006>
- Parker, R., Wellings, K., & Lazarus, J. V. (2009). Sexuality Education in Europe: An Overview of Current Policies. *Sex Education*, 9 (3), 227-242. <https://doi.org/10.1080/14681810903059060>
- Paul Poteat, V., Russell, S. T., & Dewaele, A. (2019). Sexual Health Risk Behavior Disparities Among Male and Female Adolescents Using Identity and Behavior Indicators of Sexual Orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 48(4), 1087-1097. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1082-6>
- Pound, P., Langford, B., & Campbell, R. (2015). Qualitative synthesis of young people's views of sex and relationship education. *The Lancet*, 65(386). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00903-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00903-4)
- Powell, A., & Sang, K. J. C. (2015). Everyday Experiences of Sexism in Male-dominated Professions: A Bourdieusian Perspective. *Sociology*, 49(5), 919-936. <https://doi.org/10.1177/0038038515573475>
- Rise, J., Træen, B., & Kraft, P. (1993). The Sexual Opinion Survey Scale: A Study on Dimensionality in Norwegian Adolescents *Health Education Research*, 8 (4), 485-494. <https://doi.org/10.1093/her/8.4.485>

- Schucan Bird, K., & Pitman, L. (2020). How Diverse is Your Reading List? Exploring Issues of Representation and Decolonisation in the UK. *Higher Education*, 79, 903-920.
<https://doi.org/10.1007/s10734-019-00446-9>
- Sekoni, A. O., Gale, N. K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A., & Jolly, K. (2017). The Effects of Educational Curricula and Training On LGBT-specific Health Issues for Healthcare Students and Professionals: a Mixed-method Systematic Review. *Journal of the International AIDS Society*, 20, 21624. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21624>
- Sierra, J. C., Rojas, A., Ortega, V., & Martín-Ortiz, J. D. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 41-60.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56070104>
- Silvestrini, M. (2020). 'It's not something I can shake': The Effect of Racial Stereotypes, Beauty Standards, and Sexual Racism on Interracial Attraction. *Sexuality & Culture*, 24(2), 305-325. <https://doi.org/10.1007/s12119-019-09644-0>
- van der Straten, A., Catania, J. A., & Pollack, L. (1998). Psychosocial Correlates of Health-Protective Sexual Communication with New Sexual Partners: The National AIDS Behavioral Survey. *AIDS and Behavior*, 2, 213-227.
<https://doi.org/10.1023/A:1022137817863>
- Timmins, L., Rimes, K. A., & Rahman, Q. (2020). Minority Stressors, Rumination, and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Archives of sexual behavior*, 49(2), 661-680. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01502-2>
- Tipler, C. N., & Ruscher, J. B. (2019). Dehumanizing Representations of Women: The Shaping of Hostile Sexist Attitudes Through Animalistic Metaphors. *Journal of Gender Studies*, 28(1), 109-118. <https://doi.org/10.1080/09589236.2017.1411790>

- UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education. An Evidence Informed Approach* (2nd ed). UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>
Accessed December 20, 2021
- de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why Should Gender-Affirming Health Care Be Included in Health Science Curricula? *BMC Medical Education*, 20(51), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>
- Westwood, S. (2022). Religious-based negative attitudes towards LGBTQ people among healthcare, social care and social work students and professionals: A review of the international literature. *Health & Social Care in the Community*, 00, 1– 22.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13812>
- WHO - World Health Organization. (2021). *Sexually transmitted infections (STIs)*.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Acknowledgements

We must thank all the students who decided to participate voluntary for this project and all the universities, deans, lecturers and professors who contributed to helping us spread the word about the study. We want to especially thank the families and the Association of families of Transgender minors, CHRYSALLIS in Castilla y León for helping us.

Funding

The authors declare that no funds, grants, or other support were received during the preparation of this manuscript.

Author information

Authors and Affiliations

Department of Science of Education, University of Burgos, Burgos, Spain

Laura Alonso Martínez (Predoctoral fellow, PhD candidate, nurse and psychologist degree):

<https://orcid.org/0000-0001-5425-5090> and

<https://investigacion.ubu.es/investigadores/37070/detalle>

Dr. Davinia Heras-Sevilla (Associate professor, pedagogue degree): [https://orcid.org/0000-](https://orcid.org/0000-0002-6337-7476)

[0002-6337-7476](https://orcid.org/0000-0002-6337-7476) and <https://investigacion.ubu.es/investigadores/35241/detalle>

Dr. María Fernández-Hawrylak (Senior Lecturer, pedagogue degree): [https://orcid.org/0000-](https://orcid.org/0000-0002-7222-587X)

[0002-7222-587X](https://orcid.org/0000-0002-7222-587X) and <https://investigacion.ubu.es/investigadores/35138/detalle>

Department of Sociology, Durham University, Durham, United Kingdom.

Professor Dr. Simon Forrest (Professor, sociologist degree):

<https://www.dur.ac.uk/directory/profile/?id=6826> and <https://orcid.org/0000-0002-3040-479X>

Department of Psychology, Northumbria University, Newcastle upon Tyne, United Kingdom.

Dr. Johannes Hönekopp (Senior Lecturer, psychologist degree): [https://orcid.org/0000-0002-](https://orcid.org/0000-0002-0613-6801)

[0613-6801](https://orcid.org/0000-0002-0613-6801)

Authors contribution

Laura Alonso-Martínez contributed to conceptualisation, data curation, formal analysis, investigation, methodology, project administration, visualisation and writing - original draft preparation and writing - review & editing. Simon Forrest contributed to conceptualisation, investigation, methodology, assisting project administration, and writing - review & editing. Davinia Heras-Sevilla contributed to conceptualisation, formal analysis, methodology, project administration, supervision and writing - original draft preparation. Johannes Hönekopp

contributed to conceptualisation, formal analysis, investigation, methodology, assisting project administration, supervision, validation, writing - original draft preparation and writing - review & editing. María Fernández-Hawrylak contributed to conceptualisation, investigation, methodology, assisting project administration, supervision, funding acquisition and writing - original draft preparation.

Corresponding author

Correspondence to Laura Alonso-Martínez.

Ethics declarations

Ethics approval

The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approval was granted by the Ethics Committee of Universidad de Burgos (protocol code IR 24/2019 and 28/05/2018), Newcastle University (protocol code IR 24/2019 and 15/07/2019) and Northumbria University (protocol code IR 22995 and 01/03/2020).

Consent to participate and publish

Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Competing Interests

The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose.

Conflict of interest

There is no conflict of interest.

