

Universidad de Costa Rica  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

*Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas  
y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020.*

Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

**Proponentes:**

Itzel Arguedas Barrantes  
Enoc Hidalgo Guevara

**Comité asesor:**

Tutora: Mag. Ana María Quezada Ugalde  
Lector: Mag. Daniel Martínez Esquivel  
Lectora: Mag. Sara Brenes Garita

Sede Rodrigo Facio  
San José, Costa Rica

2021



## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **02 de marzo 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Itzel Patricia Arguedas Barrantes**, carné **B40522**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Práctica Dirigida**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana María Quezada Ugalde, Directora  
Daniel Martínez Esquivel, Lector  
Sara Brenes Garita, Lectora  
Sophía González Zúñiga, Quinto miembro  
Dennis Carrillo Díaz, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Itzel Patricia Arguedas Barrantes** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Itzel Patricia Arguedas Barrantes**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Programa educativo de enfermería sobre sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020”**

### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág.2 de 2  
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN  
02 de marzo 2021

#### ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

AP con Distinción

#### ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecisiete** horas.

Ana María Quezada Ugalde, Directora

Daniel Martínez Esquivel, Lector

Sara Brenes Garita, Lectora

Sophía González Zúñiga, Quinto miembro

Dennis Carrillo Díaz, Preside

Postulante

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante





## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **02 de marzo 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Enoc Hidalgo Guevara**, carné **B53518**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Práctica Dirigida**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana María Quezada Ugalde, Directora  
Daniel Martínez Esquivel, Lector  
Sara Brenes Garita, Lectora  
Sophía González Zúñiga, Quinto miembro  
Dennis Carrillo Díaz, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Enoc Hidalgo Guevara** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Enoc Hidalgo Guevara**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Programa educativo de enfermería sobre sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020”**

### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág.2 de 2  
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN  
02 de marzo 2021

#### ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

AP con Distinción

#### ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **diecisiete** horas.

[Signature] Ana María Quezada Ugalde, Directora

Daniel Martínez E. Daniel Martínez Esquivel, Lector

[Signature] Sara Brenes Garita, Lectora

[Signature] Sophia González Zúñiga, Quinto miembro

Dennis Carrillo Díaz Dennis Carrillo Díaz, Preside

[Signature] Postulante

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante



## **Dedicatorias y Agradecimientos**

Queremos dedicar este Trabajo Final de Graduación a Dios, que ha sido nuestra guía en todo momento y quien nos ayudó a seguir adelante a pesar de las adversidades.

Asimismo, queremos agradecer a todas las personas involucradas en este proceso, a las familias participantes, por el compromiso, dedicación y paciencia que tuvieron con nosotros en todo momento. Además, al comité asesor, que nos guiaron en el proceso de creación y mantuvieron un contacto muy cercano con todo el desarrollo de este. Finalmente, a la Mag. Ana María, quien nos escuchó, atendió y aconsejó en diferentes momentos, para llevar a cabo este Trabajo.

**Itzel Arguedas Barrantes**  
**Enoc Hidalgo Guevara**

## **Dedicatorias**

Este triunfo alcanzado a través de años de esfuerzo y entrega está dedicado con mucho cariño a las cuatro personas más importantes de mi vida y a quienes amo profundamente:

Para mi papá, por ser un hombre ejemplar, digno de admirar, perseverante, que siempre se ha esmerado para ayudarme a cumplir mis sueños, por enseñarme que solo hay una forma de hacer las cosas y es bien hecha. Soy afortunada de haber estado presente en el logro de sus anhelos, lo cual promovió mi deseo de seguir sus pasos y tomar una de las mejores decisiones de mi vida: estudiar Enfermería.

Para mi mamá, de quien vivo orgullosa. Sin lugar a dudas, todo lo logrado ha sido gracias a la fortaleza que me ha transmitido y sabiduría con la que me ha guiado, siendo estos factores trascendentales que me han motivado a no rendirme a pesar de los tropiezos y, en su lugar, dar la mejor versión de mi misma.

Para mis dos hermanas, quienes siempre estuvieron incondicionalmente brindándome apoyo y afecto, impulsándome a continuar. Específicamente a Valery por alegrar mis días e incentivarme a tomar con optimismo las diferentes situaciones; a Hilary por ser un ejemplo para mí, permitirme profundizar en la cultura sorda e instruirme constantemente en la LESCO.

**Itzel Arguedas Barrantes**

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a Dios por tantas bendiciones que me ha dado a lo largo de mi vida y guiarme durante todo el proceso, siendo un pilar fundamental en cada paso que he dado.

Gracias a mi familia y novio por siempre estar presentes y sentirlos tan cerca a pesar de la distancia; darme fuerzas cuando más las he necesitado; impulsarme a dar lo mejor de mí para lograr todas mis metas de forma exitosa; por enseñarme lo realmente esencial y darme insumos para mi crecimiento personal. Durante todos estos años han sido mi inspiración y estaré eternamente agradecida porque sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

A mi alma máter por permitirme cumplir mi sueño de niña: ingresar a la Universidad de Costa Rica y cursar esta disciplina que tanto me apasiona. Gracias a cada uno de los y las profesoras de la Escuela de Enfermería por los aportes para mi crecimiento profesional, los cuales recordaré con cariño y llevaré conmigo siempre.

Deseo destacar la excelente labor de la profesora Mag. Ana María Quezada. Muchas gracias por su dedicación y compartir sus valiosos conocimientos con nosotros, los cuales nos orientaron y enriquecieron intelectualmente; fue un privilegio que formara parte de este proceso.

A Enoc por ser un gran compañero y amigo, agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de atravesar esta aventura con usted. Su compañía me permitió disfrutar cada etapa lograda, me llenó de esperanza y aprendí mucho de las grandes cualidades que posee. Sin duda es un extraordinario profesional y ser humano.

A cada una de las familias que integraron esta práctica dirigida, por habernos abierto las puertas desde el primer contacto. Gracias por toda la disposición y ayuda brindada, marcaron tanto mi vida personal como profesional.

En síntesis, gracias a todos ustedes por forjar la persona que hoy soy; dirigiré todo mi esfuerzo a seguir creciendo y, con la ayuda de Dios, ser una buena Enfermera.

**Itzel Arguedas Barrantes**

## **Dedicatorias**

Quiero dedicarle este trabajo final de graduación a las dos personas más importantes de mi vida, mi mamá y mi papá, quienes estuvieron a mi lado en todo momento y me apoyaron a cumplir este sueño.

A mi mamá quiero dedicarle esto por todos esos consejos durante mi vida, esa ayuda que me brindó cuando yo más la necesitaba y porque a pesar de que muchas veces yo quise desistir, siempre estuvo para escucharme, darme un abrazo, hacerme reír y decirme que todo iba estar bien, que no me preocupara porque juntos como familia íbamos a salir adelante.

A mi papá quiero dedicarle esto porque es el hombre más ejemplar que yo conozco, siempre trabajando y, buscando lo mejor para mi familia y para que yo pudiera alcanzar mi sueño. Cuando llegaba a la casa a pesar del cansancio, mostraba su sonrisa que me alentaba a seguir con todo y me preparaba cualquier antojo que yo tuviera con tal de escucharme agradecerle y decirle como nadie nunca va a superar su arroz con leche.

**Enoc Hidalgo Guevara**

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a mi familia y novio por siempre apoyarme en mis sueños y ayudarme a conseguirlos, ustedes fueron un pilar fundamental para lograr concluir esta etapa con éxito. A mis hermanas Priscilla y Pamela, porque en ellas siempre encontré un apoyo incondicional y quienes me enseñaron desde pequeño a que el logro de uno es la alegría de los tres. A mis tíos y tías les agradezco estar siempre dispuestos a ayudarme en cualquier situación que los necesitaba, ustedes también forman parte de este logro porque me acompañaron en mi formación como enfermero. Mi abuelita quien siempre estuvo pendiente de mí y me recordaba lo orgullosa que estaba de tener un nieto enfermero.

A la profesora Mag. Ana María Quezada, quiero agradecerle porque fue parte de mi proceso como enfermero, siempre dispuesta a compartir todo su conocimiento y creyó en nosotros para poder desarrollar este trabajo final de graduación; el acompañamiento que tuvo con nosotros es algo que siempre le voy a agradecer.

A Itzel por ser la mejor compañera que Dios me pudo poner en el camino, agradezco mucho conocerla porque me dio una perspectiva diferente y fue un complemento fundamental en este proceso, sé que será una gran profesional porque todo lo que hace lo realiza de la mejor forma, por eso y mucho más, sé que será una excelente profesional.

A mis amigos, dentro y fuera de la Universidad de Costa Rica, porque encontré personas increíbles que atesoro en mi corazón, cada uno de ustedes me ayudó a crecer como persona y me dieron momentos de alegrías memorables, aceptándome como soy y siempre dispuestos a ayudarme, escucharme y aconsejarme.

A cada una de las familias que formaron parte de este trabajo final de graduación. Junto a ustedes aprendí mucho de la LESCO y me permitieron desarrollar mis habilidades como enfermero utilizando esta hermosa lengua.

Cada uno de ustedes me formaron como persona y como enfermero, por eso estaré eternamente agradecido y no puedo pedirle más a Dios y a la vida, porque representaron una bendición en mi camino.

**Enoc Hidalgo Guevara**

## Tabla de Contenidos

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
<b>1.1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Justificación .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Objetivos de la Práctica Dirigida.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.1 Objetivo General.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>12</b>
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL.....	13
<b>2.1 Marco Empírico .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2. Marco Teórico.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.1. Teoría de las Transiciones .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2.1.1. Salud .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2.1.2. Entorno .....</b>	<b>31</b>
<b>2.2.1.3. Persona.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2.1.4. Enfermería .....</b>	<b>32</b>
<b>2.2.1.5. Rol .....</b>	<b>33</b>
<b>2.3. Marco Conceptual.....</b>	<b>45</b>
<b>2.3.1. Familia .....</b>	<b>45</b>
<b>2.3.2. Niñez .....</b>	<b>47</b>
<b>2.3.3. Adolescencia .....</b>	<b>47</b>
<b>2.3.4. Sexualidad.....</b>	<b>48</b>
<b>2.3.5. Dimensiones de la sexualidad .....</b>	<b>49</b>
<b>2.3.5.1. Dimensión biológica .....</b>	<b>49</b>
<b>2.3.5.2. Dimensión psicológica .....</b>	<b>50</b>
<b>2.3.5.3. Dimensión social .....</b>	<b>52</b>
<b>2.3.5.4. Dimensión ética .....</b>	<b>52</b>
<b>2.3.6. Discapacidad .....</b>	<b>53</b>
<b>2.3.7. Discapacidad auditiva .....</b>	<b>55</b>
<b>2.3.8. Cultura sorda y Persona sorda.....</b>	<b>56</b>
<b>2.4. Marco Legal .....</b>	<b>58</b>
<b>2.4.1. Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva.....</b>	<b>58</b>
<b>2.4.2. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo (Ley 8661).....</b>	<b>59</b>
<b>2.4.3. Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (Ley 9379).....</b>	<b>59</b>

2.4.4. Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (Ley 7600).....	59
2.4.5. Código de la Niñez y la Adolescencia. ....	59
2.4.6. Ley de Reconocimiento de Lenguaje de Señas Costarricense (LESCO) como lengua materna (Ley 9049). ....	60
2.4.7 Política Nacional de Sexualidad .....	60
2.4.8 Política Pública de la Persona Joven 2020-2024 .....	61
2.4.9 Política Nacional de Enfermería .....	62
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO .....	63
3.1. Lugar de la práctica .....	64
3.2 Población participante .....	64
3.2.1 Criterios de Elegibilidad .....	64
3.3. Coordinación y entrada al campo:.....	65
3.4. Fase Diagnóstica: .....	66
3.5. Diseño y Manualización: .....	72
3.6. Implementación:.....	73
3.7. Evaluación: .....	74
3.8. Consideraciones éticas:.....	75
3.8.1. Respeto.....	76
3.8.2. Beneficencia .....	76
3.8.3. Justicia .....	76
3.9. Consentimiento Informado: .....	76
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	77
4.1 Etapa I: Valoración.....	78
4.1.1. Tipos y Patrones .....	79
4.1.2. Propiedades de la Transición .....	83
4.1.3. Condiciones de las Transiciones .....	87
4.1.4. Patrones de Respuesta .....	99
4.1.5. Terapéutica de Enfermería .....	101
4.2 Etapa II: Diagnóstico .....	104
4.3 Etapa III: Planificación .....	105
4.4 Etapa IV: Ejecución y Evaluación .....	112
4.4.1. Indicadores de Procesos.....	112
4.4.1.1 Sentirse conectado .....	112
4.4.1.2 Interacción.....	114
4.4.1.3. Ubicación y sentirse situada.....	115

4.4.1.4. Desarrollando confianza y afrontamiento .....	116
4.4.1.4.1. Primera Sesión .....	116
4.4.1.4.2. Segunda Sesión .....	125
4.4.1.4.3. Tercera Sesión .....	128
4.4.1.4.4. Cuarta Sesión .....	139
4.4.2. Indicadores de Resultados .....	144
4.4.2.1. Dominio .....	144
4.4.2.1.1. Primera Sesión .....	145
4.4.2.1.2. Segunda Sesión .....	146
4.4.2.1.3. Tercera Sesión .....	147
4.4.2.1.4. Cuarta Sesión .....	148
4.4.2.1.5. Resultados NOC .....	149
4.4.2.2. Identidades integradoras fluidas .....	151
4.4.3 Satisfacción del Programa Educativo .....	152
4.4.3.1. Primera Sesión .....	153
4.4.3.2. Segunda Sesión .....	153
4.4.3.3. Tercera Sesión .....	154
4.4.3.4. Cuarta Sesión .....	154
4.4.4. Evaluación del Programa Educativo .....	154
Capítulo V: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones .....	157
5.1 Conclusiones .....	158
5.2. Recomendaciones .....	159
5.2.1. Para la Enfermería .....	159
5.2.2. Para el Colegio de Enfermeras .....	160
5.2.3. Para la Escuela de Enfermería .....	160
5.2.4 Para el Ministerio de Educación Pública .....	160
5.2.5. A nivel nacional .....	161
5.3. Limitaciones .....	161
Referencias Bibliográficas .....	162
Anexos .....	186
Anexo 1. Mapa del Marco Conceptual .....	187
Anexo 2. Consentimiento informado .....	188
Anexo 3. Formularios de Google para la fase diagnóstica individual .....	192
3.1. Diagnóstico individual .....	192
3.2 Disponibilidad para el programa educativo .....	192
3.3. Datos para las sesiones .....	192

3.4. Sugerencia de temas sobre sexualidad. ....	193
<b>Anexo 4. Preguntas para la fase diagnóstica grupal. ....</b>	<b>194</b>
<b>Anexo 5. Preguntas de Kahoot! ....</b>	<b>195</b>
5.1. Preguntas de Kahoot! de la primera sesión asincrónica .....	195
5.2. Preguntas de Kahoot! de la segunda sesión asincrónica .....	196
5.3. Preguntas de Kahoot! de la tercera sesión asincrónica .....	197
5.4. Preguntas de Kahoot! de la cuarta sesión asincrónica.....	198
<b>Anexo 6. Formulario para evaluar las sesiones sincrónicas.....</b>	<b>200</b>
<b>Anexo 7. Formulario para la evaluación del programa educativo. ....</b>	<b>201</b>
<b>Anexo 8. Aprobación de cambio de población en el Trabajo Final de Graduación.</b>	<b>202</b>
8.1. Aprobación del Anteproyecto del Trabajo Final de Graduación.....	202
8.2. Aprobación sobre el cambio de población en el Trabajo Final de Graduación. .....	203
<b>Anexo 9. Infografías .....</b>	<b>204</b>
9.1 Infografías para reforzar el contenido de la primera sesión sincrónica .....	204
9.2 Infografías para reforzar el contenido de la segunda sesión sincrónica .....	207
9.3 Infografías para reforzar el contenido de la tercera sesión sincrónica.....	210
9.4 Infografías para reforzar el contenido de la cuarta sesión sincrónica .....	213
<b>Anexo 10. Caso empleado en la tercera sesión sincrónica .....</b>	<b>226</b>
10.1 Hilo conductor .....	226
10.2 Preguntas para guiar el conversatorio .....	226
<b>Anexo 11. Enunciados para la actividad .....</b>	<b>227</b>
<b>Anexo 12. Certificado de Participación en el Programa Educativo .....</b>	<b>228</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo de Transiciones de Afaf Meleis (19). .....	39
<b>Figura 2.</b> Insuficiencia de roles y suplementación de roles: Un paradigma predictivo y prescriptivo (19). .....	43
<b>Figura 3.</b> Nivel de escolaridad. ....	89
<b>Figura 4.</b> Relación empleo – desempleo. ....	90
<b>Figura 5.</b> Satisfacción de necesidades mediante los ingresos económicos .....	90
<b>Figura 6.</b> Familias con servicio de internet en el hogar. ....	91
<b>Figura 7.</b> Obtención del servicio de internet. ....	92
<b>Figura 8.</b> Funcionamiento del servicio de Internet. ....	92
<b>Figura 9.</b> Dispositivos para el uso durante las sesiones. ....	93
<b>Figura 10.</b> Conocimiento de plataformas. ....	94
<b>Figura 11.</b> Plataforma para la implementación de las sesiones sincrónicas. ....	94
<b>Figura 12.</b> Personas que viven en el hogar. ....	98
<b>Figura 13.</b> Provincia en la que residen las familias. ....	98
<b>Figura 14.</b> Zona de Desarrollo. ....	99
<b>Figura 15.</b> Comunicación de la madre con su hijo o hija sorda. ....	100
<b>Figura 16.</b> Comunicación de miembros de la familia con el niño, niña o adolescente sordo. ....	100
<b>Figura 17.</b> Modelo AREA. ....	104
<b>Figura 18.</b> Actividad de “semáforo del cuerpo”, creado por FAKA. ....	123
<b>Figura 19.</b> Actividad “¿Dónde lo siento?” desarrollada por FAK. ....	127

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Categorías de análisis.....	68
<b>Tabla 2.</b> Acrónimos de las familias, sus hijos e hijas y edad. ....	79
<b>Tabla 3.</b> Tipos, patrones y propiedades de las transiciones. ....	87
<b>Tabla 4.</b> Plan de Enfermería según la taxonomía NANDA (130)(131)(132).....	106
<b>Tabla 5.</b> Señas de dimensión biológica y partes del cuerpo.....	118
<b>Tabla 6.</b> Cambios físicos en la pubertad masculina. ....	120
<b>Tabla 7.</b> Cambios físicos en la pubertad femenina. ....	121
<b>Tabla 8.</b> Señas de dimensión psicológica. ....	126
<b>Tabla 9.</b> Señas de dimensión ética.....	129
<b>Tabla 10.</b> Señas de métodos anticonceptivos.....	140
<b>Tabla 11.</b> Puntuación de la primera sesión asincrónica.....	146
<b>Tabla 12.</b> Puntuación de la segunda sesión asincrónica. ....	147
<b>Tabla 13.</b> Puntuación de la tercera sesión asincrónica.....	148
<b>Tabla 14.</b> Puntuación de la cuarta sesión asincrónica. ....	149
<b>Tabla 15.</b> Puntuaciones de indicadores NOC.....	150
<b>Tabla 16.</b> Resumen de los indicadores de proceso e indicadores de resultado. ....	152

# CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

## **1.1. Introducción**

El presente Trabajo Final de Graduación se rige bajo la modalidad de práctica dirigida, en la cual se hace uso de las herramientas teóricas y metodologías adquiridas durante la formación en la Licenciatura en Enfermería (1) y, de este modo, solventar las necesidades identificadas sobre la disposición de mejorar el rol parental en la población con respecto a las dimensiones de la sexualidad durante la fase diagnóstica, revelando la pertinencia de desarrollar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Con respecto a la sexualidad es un aspecto de gran relevancia que se encuentra implícito en el ser humano e inherente de la salud en general (2) ya que forma parte de las distintas etapas que conforman la vida de la persona, determinando de este modo las relaciones forjadas, así como sus expresiones de afecto, compartir sentimientos, experiencias personales y pensamientos (3).

Como se expuso previamente, la sexualidad es un aspecto relevante en todas las etapas de la vida, por lo que desde la niñez y adolescencia se debe brindar educación sexual. Es importante resaltar que esta debe desarrollarse de forma integral bajo una visión en la cual no se enfoque únicamente en el área biológica, es decir, deben ser incluidos procesos emocionales, psicológicos y sociales ya que permite la construcción de su identidad, el establecimiento de relaciones afectivas, autoconocimiento de su cuerpo, entre otros (4).

A propósito del abordaje en dicha temática, “es preciso enfatizar que, actualmente el tratamiento de los contenidos referidos a la sexualidad humana debe orientarse con un enfoque holístico sobre la base del ejercicio de los derechos humanos y de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) que los contienen” (5). Por lo que la sexualidad debe verse de manera integral, es decir, se aborden diferentes áreas en las cuales los derechos humanos sean contemplados como eje fundamental de este tipo de educación.

En nuestro país, se encuentra la Política Nacional de Sexualidad que establece como prioridad del Ministerio de Educación Pública (MEP) la creación de espacios para una

educación integral de la sexualidad en donde el rol principal es la adecuada formación sobre este tema de acuerdo a la etapa de vida de la persona (6).

De este modo, propicia la construcción de una sociedad en la cual se fortalezca el respeto entre hombres y mujeres sin ejercer un dominio sobre el otro; favoreciendo el disfrute de una convivencia en armonía asumiendo las responsabilidades de sus actos y siendo las familias quienes tengan los recursos y herramientas para acompañar a sus hijos e hijas durante este proceso (6).

Por lo anterior, cuando no se presenta una correcta educación sexual, se pueden afectar distintas áreas de la vida tanto a nivel interno como la expresión de sentimientos y la perspectiva de las diferentes experiencias personales; como externo, en sus relaciones interpersonales y el afecto hacia los demás.

Pese a la gran relevancia y múltiples beneficios, la información sobre sexualidad en personas con discapacidad se encuentra disminuida considerablemente, debido a la prevalencia del mito de la innecesidad que estas conozcan acerca de dicha temática; a su vez, se vincula a la desinformación, provocando grandes repercusiones en este aspecto.

Lo mencionado, es reflejado a nivel nacional mediante la Encuesta Nacional sobre Discapacidad (7), en la cual se expone que un 52.17% del total de la población con discapacidad mayor a los 18 años no ha recibido ningún tipo de información sobre salud sexual y reproductiva, a pesar de la existencia de leyes que velan por su cumplimiento.

En este sentido, desde el ámbito político es importante mencionar las leyes que respaldan las acciones realizadas en la presente práctica dirigida. Actualmente, rigen artículos de ley que garantizan a dicha población el acceso a la información, tales como: artículo 15 de la ley 7600 “Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”, artículo 11 de la ley 9379 “Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad”, artículo 25 de la ley 8661 “Ley de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo”, y artículos 1 y 3 de la ley 9049 “Ley de Reconocimiento de Lenguaje de Señas Costarricense (LESCO) como lengua materna”.

Al considerar estas políticas a nivel nacional, se evidencia la necesidad de generar espacios libres de barreras que favorezcan el acceso de las personas a la información y, en caso de ser requerido, adaptándose a las necesidades para facilitar la comprensión de esta mediante diferentes estrategias.

Aunado a lo expuesto previamente, la presente práctica dirigida realizó un programa educativo virtual sobre sexualidad dirigido a un grupo de 11 familias de niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años durante el año 2020, cuyo fin radicó en brindar la información más adecuada sobre este aspecto y basado en el Modelo de Transiciones desarrollado por Afaf Meleis. Por lo anterior, fueron tomados en cuenta los diferentes aspectos expuestos por esta así como la terapéutica de Enfermería a través de la suplementación del rol y grupos de referencia para el logro de transiciones de tipo saludable.

Los estudiantes de Enfermería cumplieron el papel de facilitadores de la información y dotaron de herramientas a las familias para que estas pudieran transmitir su conocimiento a los niños, niñas y adolescentes en entornos seguros y de confianza, asegurando que ambas partes se beneficien de la interacción.

Por consiguiente, la primera fase fue la diagnóstica, en la cual se obtuvo datos a través de formularios de Google y sesiones sincrónicas a través de la plataforma Zoom. Posterior al análisis de los datos obtenidos, fueron identificadas las principales necesidades, se priorizaron a través del Modelo AREA y se generaron diagnósticos NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería). A partir de estos, se establecieron los NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y los NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) que dictaron las actividades necesarias para abordar esta población.

El programa educativo, se realizó a través de cuatro sesiones sincrónicas mediante la plataforma Zoom y cuatro sesiones asincrónicas, ejecutadas entre el 21 de agosto y 03 de octubre del 2020. Estas estuvieron basadas en el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA), Terapéutica de Enfermería, Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) y la Educación Sexual Integral. En estas, fueron abordadas cada una de las dimensiones de la sexualidad, a saber: biológica, psicológica, social y ética.

Concerniente a la evaluación, se realizó a nivel individual y grupal. En la primera, se hizo uso de un formulario de Google en el que las familias puntuaron a través de una escala de Likert y tuvieron la oportunidad de brindar comentarios y/o recomendaciones. En la segunda, al finalizar cada sesión, se indagó acerca del desarrollo de esta, conociendo la satisfacción con la información y herramientas proporcionadas; así mismo, durante la cuarta sesión se realizó un conversatorio, el cual favoreció conocer la percepción general del programa y aplicación de los conocimientos adquiridos.

Finalmente, en la sesión para entrega de resultados, se analizó el cumplimiento de objetivos; desempeño de los facilitadores; eficacia de las actividades; pertinencia de las temáticas involucradas, recursos, metodología y tiempo destinado a las sesiones.

## 1.2. Justificación

A pesar de que se conoce la importancia de la sexualidad durante el ciclo vital de una persona, a lo largo de la historia ha predominado la creencia que la sexualidad es ajena a la niñez o adolescencia y, por el contrario, involucra exclusivamente a la adultez (8).

Esta perspectiva posee un mayor grado de complejidad al considerar la sexualidad en personas con discapacidad ya que priva la visualización como seres carentes de esta, tanto por las mismas familias como por la sociedad en general (9), teniendo fuerte implicación el modelo religioso.

En virtud de lo anterior, la religión es considerada como un constructo social que ejerce influencia en diferentes esferas de la vida tanto a nivel personal como interpersonal, según sea el significado que cada persona le confiera (10). Consecuentemente, debido a las bases conservadoras por las que se rige, interviene de forma impositora provocando el ocultamiento de la sexualidad (11).

Por lo tanto, es una problemática que engloba complejidad pues no se encuentra delimitada solamente a los factores propios de cada persona, sino que también implica de forma determinante a la cultura al establecer pautas que dictan la forma en la que debe ser vivenciada la sexualidad, por medio del uso de las leyes, las costumbres y la moral que poseen (5).

Lo mencionado previamente, muestra influencia sobre la sexualidad, al contemplarla como sinónimo de procreación; por tanto, se excluye a dicha población con discapacidad debido a la visualización social como personas sin derecho a reproducirse; por lo cual son valoradas como carentes de ser partícipes de una sexualidad caracterizada por ser plena y responsable (11).

En el caso de Costa Rica, el ente educativo representado por el Ministerio de Educación Pública (MEP), ha correspondido a una institución de gran importancia en el desarrollo de guías de sexualidad y afectividad; sin embargo, un componente religioso conservador y el enfoque desde la dimensión biológica, han mantenido un movimiento de subjetividades en donde puede crearse una amenaza a la familia nuclear moderna y el aparente desarrollo de la población (12).

Contrario a lo anterior, se menciona que

las personas con discapacidad exploran su cuerpo, se interesan por relacionarse con sus compañeros y compañeras, establecer lazos afectivos con su familia y amigos, así como saber cómo nacieron, cómo es su cuerpo y por qué éste cambia día a día (9).

Aunado a esto, las personas con discapacidad, al igual que el resto de la población, tienen el derecho de recibir todo tipo de educación. Para asegurar esto, en Costa Rica se propusieron tres leyes las cuales son; ley 7600 o “Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”, ley 9379 o “Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad”, ley 8661 o “Ley de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo”, ley 9049 “Ley de Reconocimiento de Lenguaje de Señas Costarricense (LESCO) como lengua materna”, Política Nacional de Sexualidad, Política Pública de la Persona Joven 2020-2024 y la Política Nacional de Enfermería; cada una de ellas dicta las acciones a realizar desde las diferentes instituciones implicadas con esta población.

Basado en las leyes y políticas, la información accesible y completa dirigida a la población con discapacidad es un aspecto de gran relevancia, esto debe enfocarse en el reconocimiento de su cuerpo, emociones, sentimientos y relaciones sociales, que puedan experimentar a lo largo de su vida.

Adicionalmente, un aspecto clave en el manejo de la presente temática en esta población es el conocimiento acerca de la pubertad, en donde se van a experimentar cambios a nivel biológico, es decir, “[...] desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, maduración completa de las gónadas y las glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta” (13).

Posterior a la pubertad, específicamente en la adolescencia, va a culminar el crecimiento y desarrollo físico, se obtiene la maduración psicosocial y ocurren cambios a nivel emocional (13). También, es considerado que el principal proceso

implicado va a ser la construcción de la personalidad y es un periodo sensitivo para la sexualidad (14).

Aunque estos periodos forman parte de la vida de las personas, es común que la visualización de los cambios tanto propios como en otras personas evoquen dudas. Esto permite reconocer la importancia de la educación en temas de sexualidad y el inicio desde edades tempranas, siendo determinado por sus mismos hijos. En este sentido, es necesario que reciban una respuesta inmediata por parte de sus familias siendo estas factores protectores en la adolescencia (15).

Sin embargo, las personas sordas reciben una orientación deficiente al respecto debido a la falta de preparación por parte de sus familias o se consideran incapaces de desarrollar los temas, debido al arrastre de comportamientos y percepciones de la época en la que crecieron. Otras de las causas son el delegamiento de la sexualidad como secundaria, falta de recursos sociales y el tipo de discapacidad, dado que esta dicta el ser considerado como sexual o asexual (15) y, por ende, ser merecedor de educación sobre sexualidad.

Consecuentemente, en caso de no ser obtenida la información por parte de su grupo social inmediato, incurrirán a diversas fuentes que respondan a sus necesidades como por ejemplo grupos de pares, medios de comunicación o material con información escrita. Sin embargo, ha sido demostrada la dificultad que presentan las personas con discapacidad para realizar una adecuada interpretación del contenido, debido a que no comprenden el vocabulario empleado (14).

Las situaciones comentadas anteriormente, ocasionan deficiencias en la orientación y la construcción de una sexualidad basada en mitos y tabúes, conllevando a la vivencia irresponsable (14) e inclusive podría exponer a dicha población a situaciones de vulnerabilidad.

Dado esto, la educación oportuna e integral en temáticas de sexualidad según sea la etapa en la que se encuentre el niño, niña y adolescente, permite potenciar el bienestar y la calidad de vida tanto a nivel individual como colectivo (8); favorecer la integración activa a la sociedad al potenciar su autoconcepto y autoestima; desmitificar lo que se les ha hecho creer de tal forma que puedan vivenciar una sexualidad más plena y responsable, sin incurrir en violentar los derechos de las

demás personas (9) (16). De igual modo, otras de las ventajas radica en la disminución de la incidencia de abusos sexuales en contra de dicha población (9).

En síntesis, contemplando lo expuesto en párrafos anteriores, es relevante promover una concepción distinta en la que la necesidad de educación sexual integral sea considerada como pilar importante en la formación de los niños, niñas y adolescentes sordos y sordas; dándoles la oportunidad a estos de ser los protagonistas en la toma de decisiones en cuanto a cómo desean vivenciar su sexualidad.

En otro aspecto, es importante mencionar los datos proporcionados por la Encuesta Nacional sobre Discapacidad (2018), mostrando un total de 81,122 personas con baja audición y 2,055 personas sordas; además, esta encuesta indicó un total de 18,558 personas con discapacidad usuarias de la Lengua de Señas Costarricense (LESCO); finalmente, un 52,7%, de las personas no ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva; sin embargo, solo un 4,08% no ha tenido relaciones sexuales (7).

Los datos mostrados anteriormente no muestran un panorama completo, debido a que las personas encuestadas eran de 18 años y más; no teniendo datos poblacionales sobre los menores de edad. También se debe analizar los conceptos mostrados, como por ejemplo persona con baja audición y persona sorda. No obstante, estos nos permiten analizar un aspecto importante como es el hecho que más de la mitad de las personas encuestadas no ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva, pero solo un pequeño porcentaje no ha tenido relaciones sexuales.

Por lo que, para lograr cambiar la concepción de las personas con discapacidad y su vivencia en la sexualidad, es necesario el trabajo articulado entre los profesionales de Enfermería y las familias de dicha población, obteniendo como resultado la adquisición de criticidad sobre la temática y de herramientas que permitan la implementación de su rol de forma satisfactoria en su cotidianidad.

Complementando lo anterior, la Enfermería funge un papel importante en la proporción de cuidados orientados a promover el desenvolvimiento de las familias y el cumplimiento del rol, tomando en cuenta las particularidades presentes en cada una y la manera en como enfrentan las etapas del desarrollo (17), siendo el Proceso de Enfermería un pilar fundamental en la implicación de estos profesionales de forma

activa ya que permiten identificar las necesidades específicas de cada población a nivel familiar y, a partir de estas, implementar acciones como por ejemplo la creación de programas educativos (18).

Por lo tanto, desde la disciplina se deben crear acciones de cuidado desarrolladas a través de diferentes estrategias como los programas educativos pues, como Meleis expone, las personas atraviesan distintas transiciones como las del desarrollo (19), siendo la adolescencia parte de esta. En este sentido, se debe comprender este tipo de transiciones, con el fin de crear estrategias adecuadas dirigidas a la población, comprendiendo el rol desarrollado por los mismos en su contexto (19) así como el significado que le confieren a la transición debido a las experiencias vivenciadas y su cultura (20), permitiendo adecuar la intervención a la situación de cada persona (19).

Generalmente el personal de Enfermería es el cuidador primario de los usuarios y sus familias que están en un proceso de transición. Estas personas asisten en los cambios y exigencias que las transiciones implican en la cotidianidad de los usuarios y sus familias. Por otra parte, tienden a ser quienes los preparan para las transiciones inminentes y facilitan el proceso de aprendizaje de nuevas habilidades relacionadas con las experiencias (21).

Además, la intervención se desarrolló mediante estrategias como los grupos de referencia propuestos por Afaf Meleis (19), permitiendo compartir entre personas con una situación similar, los roles desarrollados por cada uno de estos y mediante la Terapéutica de Enfermería enfocada en la clarificación del rol, construir conjuntamente con sus similares el significado del rol parental para que logren transmitir la información más adecuada sobre sexualidad en el ámbito familiar.

Por otra parte, es necesario comprender las propiedades y condiciones inherentes a un proceso de transición que conducirá al desarrollo de intervenciones de Enfermería congruentes con las experiencias individuales de los usuarios y sus familias, promoviendo respuestas saludables a la transición (21).

Sin embargo, a pesar de la importancia del personal de Enfermería en estas situaciones, a nivel nacional no se encontraron registros sobre la realización de este tipo de programas dirigidos a las familias; por lo que, mediante esta práctica dirigida, se pretende evidenciar la relevancia de la disciplina en el desarrollo e implementación

de programas que beneficien a esta población, adecuando sus intervenciones a las necesidades humanas de cada una de ellas.

Lo anterior es apoyado desde la vinculación del personal de salud con la posibilidad de contribuir en la disminución de desigualdades que presentan las personas con discapacidad en el acceso a servicios; lo cual sería logrado si estos recibiesen capacitación; es necesario la adquisición de conocimiento, actitudes y habilidades para mejorar el cuidado de dichas personas (22).

Lo mencionado previamente, se ve reflejado en los resultados de la investigación realizada por Velonaki, Kampouroglou, Velonaki, Dimakopoulou, Sourtzi & Kalokerinou en el año 2015, donde se evidencia que el profesional de enfermería no se encuentra preparado para atender a personas sordas. En este sentido, el 55.8% de las enfermeras no se consideraron capaces de comprender a personas con discapacidad auditiva, el 61.8% refirió que dicha población no les entendería y el 89.6% desconoció herramientas para comunicarse efectivamente con estos pues solo el 2.3% asistió a cursos de Lengua de Señas (22).

Por lo expresado en la investigación anterior, se permite evidenciar la necesidad de educación del personal de Enfermería en estrategias de comunicación y la lengua de señas; así como participar activamente en estrategias para la inclusión de personas con discapacidad ya que, si estas no se capacitan, no podrán brindar un cuidado integral por los miedos y estereotipos alrededor de esta población. Finalmente, si los profesionales de Enfermería son conscientes del contexto sociocultural en las transiciones, permitiría un desarrollo en las intervenciones a nivel de grupo, comunidad e incluso una sociedad (20).

En referencia a lo expuesto, con el fin de capacitarse en los temas relacionados a la población con discapacidad, los estudiantes durante los cursos propuestos en su plan de estudios mantuvieron contactos con estas personas. A su vez, ambos cursaron diferentes niveles de la Lengua de Señas Costarricense (LESCO) con el fin de generar espacios de comunicación sin barreras y asistieron a diferentes conversatorios para conocer más de esta población y generar un acercamiento a su realidad.

No obstante, esta práctica dirigida resulta de gran relevancia para Enfermería ya que permite dilucidar la importancia de la capacitación de estos profesionales en

diferentes formas de inclusión como es la lengua de señas. Por consiguiente, al introducirse en esta cultura y lengua, pueden brindar un cuidado integral, incluyendo el de la sexualidad. Finalmente, le brindaría un beneficio a la población sorda dado que es un programa que, al trabajar con las familias, permitiría romper diferentes estereotipos en los cuales las personas con discapacidad se encuentran inmersas por estas y por la sociedad en general.

## **1.3 Objetivos de la Práctica Dirigida**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Desarrollar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Realizar un diagnóstico de necesidades educativas en sexualidad de familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.
- Diseñar el programa educativo basado en las dimensiones biológica, psicológica, social y ética de la sexualidad en familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.
- Implementar el programa educativo en familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.
- Evaluar el programa educativo en familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

# CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

El presente capítulo se encuentra integrado por cuatro secciones; la primera, corresponde al marco empírico en el cual se detalla la documentación existente a nivel internacional y nacional sobre la situación en temas relacionados a la sexualidad, que han experimentado las personas con discapacidad en general y personas sordas. A su vez, se contempla las percepciones que poseen la familia y sociedad sobre dicha población, así como la relevancia e implementación de educación al respecto.

La segunda sección, expone la Teoría de las Transiciones propuesta por la enfermera Afaf Meleis, perteneciente a las de rango medio. Se emplearán las definiciones de los metaparadigmas propuestos por la autora; los cuatro conceptos principales, a saber: naturaleza de las transiciones, haciendo énfasis en la transición del desarrollo, condiciones de la transición, patrones de respuesta y Terapéutica de Enfermería; así como los conceptos relacionados como conciencia, compromiso, cambio y diferencia, lapso, puntos y eventos críticos. Además de la insuficiencia del rol, la suplementación del rol, sus estrategias, componentes y procesos.

Por su parte, la tercera sección abarca el marco conceptual, encontrándose conceptos relevantes para esta práctica dirigida. Si bien es cierto, existen diversas interpretaciones de dichos conceptos, se dejará clara la posición que tendrán los autores con cada uno, realizándose desde el enfoque social.

Finalmente, la cuarta sección plantea las leyes en las que se basará el programa educativo, siendo de vital importancia el amplio conocimiento por parte de las familias, personas con discapacidad y la sociedad en general. Lo anterior, respalda y permite que dicha población pueda contar con el pleno disfrute de sus derechos.

## 2.1 Marco Empírico

A pesar de la importancia descrita de impartir educación sexual integral durante las etapas de niñez y adolescencia por medio de las familias como el principal actor en este tema, existe una carencia en la documentación cuando las personas tienen algún tipo de discapacidad, obteniendo mayor limitación si es con población sorda, debido a la especificidad de la misma.

Lo expuesto anteriormente, aplica tanto a nivel internacional como nacional. En este sentido, se pretende demostrar las investigaciones realizadas sobre sexualidad en dicha población; permitiendo denotar la relevancia de visibilizar esta situación. A continuación, se expondrán diferentes investigaciones pertinentes a la temática planteada.

Dichas investigaciones fueron recopiladas de distintas bases de datos cómo ScienceDirect, Taylor & Francis, SciELO, Dialnet, NCBI, entre otras; además, se utilizaron palabras booleanas cómo “AND” “OR” “NOT”. También, se utilizaron descriptores como “sordera”, “deafness”, “sexualidad”, “sexuality”, “educación en Enfermería”, “education”, “nursing”, “lengua de signos” “sign language”, “persona con discapacidad” “disabled persons” “familia”, “family”, entre otros.

El primer documento hallado correspondió a una práctica dirigida elaborada por Soto en el año 2004, titulada “Programa de educación sexual para adolescentes sordos y sordas, en el Colegio México durante el I y II ciclo del 2004” y cuya población participante correspondió a 24 estudiantes, de los cuales 13 eran hombres y 11 mujeres (3).

En este Trabajo Final de Graduación no se involucró a la familia en el proceso y las temáticas abordadas fueron los siguientes: métodos anticonceptivos, relaciones sexuales coitales, infecciones de trasmisión sexual, embarazo, fertilización in vitro, menstruación, derechos sexuales y reproductivos y noviazgo (3).

En los resultados, destacó la importancia de la familia en la educación en temas sobre sexualidad, siendo la figura materna la mayor implicada debido a la concepción de roles asignados socialmente. Sin embargo, no lograron solventar las necesidades debido a dificultades en la comunicación como consecuencia del desconocimiento de

la LESCO, vergüenza, considerar “malo” hablar al respecto dada la influencia religiosa, excusas interpuestas como la falta de tiempo o que al padre no le gustaba referirse acerca de eso (3).

Lo anterior, conllevó a esta población a obtener información de otras fuentes como el grupo de pares, profesionales en psicología, los y las profesoras, libros, revistas, videos, entre otros. Sin embargo, esta ha sido centrada en aspectos biológicos, siendo obviadas las otras dimensiones de la sexualidad, lo cual ha repercutido en la conceptualización de la sexualidad. Por lo tanto, fue considerado conveniente brindar educación a las familias y no solamente a dicha población (3).

Referente a la participación de los y las adolescentes, hubo restricción en términos de expresión por vergüenza al realizar señas, dada la explicitud de estas. Además, se identificó a estas personas como agentes transmisores de la información aprendida, tanto con sus pares como con la familia (3).

A propósito de los programas educativos, Téllez en el 2005 planteó los vacíos de información, destacando la elaboración de programas de sexualidad por personas sin preparación al respecto y limitándose a la dimensión biológica de esta, dándole énfasis en causar temor en las personas sordas. Además, agrega que el conocimiento de dicha población se encontró centrada en la sexualidad tradicional enfocada en genitalidad y reproducción, siendo relacionados con el matrimonio (23).

A su vez, la población adolescente refirió sentirse impotente, desesperada y enojada porque no habían logrado satisfacer sus necesidades en la temática, debido a las barreras de comunicación existentes en los servicios de salud. El hecho de no contar con la información adecuada ha propiciado la incapacidad de formar criterio al respecto, siendo influenciados por otras personas; escudándose en el castigo divino (23).

En el año 2007, Valero planteó que la vivencia y expresión de la sexualidad podría tornarse compleja debido a la construcción social y religiosa que predomina en un momento determinado. Además, entra a colación las familias con hijos e hijas que presentan discapacidad, generalmente estas los y las contemplan como seres asexuados y, por tanto, sin necesidad de contar con educación al respecto (24).

Sin embargo, dicho autor hizo énfasis en la relevancia de implementar la educación en sexualidad contemplando diferentes esferas de la persona, permitiendo de este modo su desarrollo integral. Lo mencionado, sería logrado mediante la evacuación de dudas que los hijos presenten y la respuesta inmediata por parte de sus padres que se caracterice por ser oportuna y verídica. Es preferible que estas personas sean su principal fuente de información porque podrían adquirirla de forma tergiversada de su grupo de pares o no comprenderla si acuden a fuentes confiables (24).

Por su parte, García en el 2010, concuerda con lo mencionado anteriormente y agrega que, si los niños, niñas o adolescentes no realizan consultas, las familias deben abordar el tema. Además, hace alusión a las dificultades vinculadas a la comunicación con una persona sorda, siendo considerables las repercusiones en la socialización y, por consiguiente, en la conformación de la personalidad y el ámbito psicosexual. Asimismo, si los miembros de sus familias son oyentes, la interacción entre estos podría ser menor, propiciando una baja autoestima y seguridad; contrario a si los miembros son sordos, favorece las variables anteriores (25).

A pesar de lo comentado, no debe ser limitante para recibir educación sexual de calidad; preferiblemente, debe darse desde edades tempranas por parte de sus familias. Aunque se encuentre en el periodo de la adolescencia, la familia seguirá teniendo acción importante en la educación en sexualidad, en temas referentes a cambios físicos, sentimientos, deseos, entre otros (25).

Williams, Uhrig, Kish, Anderson, Williams & Thierry en el año 2010, publicaron un artículo donde resume los hallazgos de una evaluación dividida en tres partes sobre las actividades de comunicación en salud para personas con discapacidad de tres estados de los Estados Unidos (26).

Inicialmente, entrevistaron a informantes clave del personal del programa estatal; seguido de grupos focales con personas con discapacidad para explorar sus experiencias anteriores orientada a los materiales; finalmente, efectuaron una encuesta en línea sobre los proveedores de atención médica, servicios humanos y defensores del consumidor para evaluar sus impresiones acerca de los materiales de comunicación producidos por los tres estados, medir su uso, difusión de estos, y obtener sugerencias para mejorar estos materiales (26).

La primera parte de dicha evaluación, se ejecutó con 23 informantes mediante una entrevista semiestructurada, con una duración de aproximadamente 1 hora; encontrando que los tres estados basaron sus materiales en las dificultades de accesibilidad, barreras para el cuidado, actividad física y estado físico, y los problemas de salud de las mujeres, así como otras situaciones y cuestiones ambientales (26).

Seguidamente, en los grupos focales, la población total fue de 50 participantes (18 de ellos sordos y “duros de escuchar”), esta población reconoció dentro de las fuentes de información; proveedores de salud, familia, amigos y grupos de pares, entre otros; además, dentro de los temas que deseaban abordar se encontraba el comunicarse con sus proveedores de servicios de salud (26).

Por último, en su encuesta en internet de 37 preguntas, participaron 112 personas (34% del total de la población a la cual fue enviado). Dentro de las recomendaciones brindadas sobre el material se encontró expandir los temas que se tratan, producir materiales de una forma alternativa, fáciles de conseguir y diseminar, entre otros aspectos a considerar (26).

Por otra parte, en una investigación realizada por Collazos en la ciudad de Bogotá en el año 2012, encontró diferencias en la forma de interpretación de la sexualidad entre personas oyentes y sordas. Lo anterior, atribuye un reto para la Salud Pública y la implementación de programas y políticas acordes a las necesidades de las personas sordas (27).

En el año 2013, López y Pizarro culminaron una práctica dirigida denominada “Programa Educativo de Enfermería para la Vivencia de la Sexualidad Humana dirigido a la población estudiantil con sordera de los grupos tres y cuatro del área pre-vocacional del Colegio Técnico Profesional de Calle Blancos, durante el periodo Octubre-Noviembre del 2011”, cuya recolección de datos se realizó a través del historial de Enfermería, observación no estructurada y diario de campo (López y Pizarro, 2013).

En relación a la población participante, estuvo conformada por 19 estudiantes entre los 15 y 22 años, de los cuales ocho eran hombres y 11 mujeres. Con respecto a los resultados, se observó poco conocimiento en sexualidad por parte de las y los

estudiantes sordos, específicamente en los siguientes temas: relaciones afectivas, erotismo, autoestima, derechos sexuales y reproductivos. De forma complementaria, la concepción de este término tuvo predominio biológico (López y Pizarro, 2013).

En términos de la educación brindada por la familia, se vio limitada por no contar con las herramientas óptimas para desempeñar dicho rol. Consecuentemente, la única fuente confiable para evacuar las necesidades de dicha población fue el centro educativo pero este no se rige bajo la sexualidad integral, generando desventajas en las vivencias (López y Pizarro, 2013).

Continuando en este año, Robles, Guevara, Pérez & Hermosillo investigaron en dos instituciones educativas y un centro recreativo de la ciudad de México, encontrando que la conversación sobre sexualidad entre personas sordas y sus respectivas familias dependía de si era llevada a cabo con el padre o la madre, siendo esta última preferida para abordar la temática. Por su parte, un 20% platicó con el padre acerca de ventajas y desventajas de las relaciones sexuales, gestación, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos (forma correcta de usar y adquisición) (28).

En este sentido, Bárcena, Robles & Díaz en el 2013, señalaron el papel fundamental de los padres y madres en la comunicación con sus hijos e hijas sobre temas de sexualidad, debido a la influencia en los comportamientos de los mismos. Ha sido determinado que dicho acto ayuda a postergar el inicio de las relaciones sexuales, contribuye al uso de anticonceptivos de barrera, es menor el número de parejas sexuales, disminuye el riesgo de contagio del VIH y la persona vive de forma positiva su sexualidad (29).

A su vez, algunas de las variables influyentes en la comunicación con sus hijos o hijas radicaron en el nivel de escolaridad ya que la probabilidad de abordar la temática es mayor en las personas con grado académico superior. Específicamente se observó que bajo esta condición las familias poseían amplio conocimiento sobre VIH/SIDA, reconocieron la importancia en salud sexual y destacaron la comunicación como una herramienta conveniente (29).

Como parte de los resultados de la investigación de dichos autores en México, encontraron como trascendental el papel de los padres y madres en la educación de

sus hijos, por ejemplo, en el uso de anticonceptivos. Sin embargo, estos poseen bajo nivel de conocimiento sobre temas relacionados, surgiendo necesario recibir asesoramiento para transmitirlo de forma óptima a sus hijos e hijas (29)

En este mismo año, Álvarez, González & Rey, realizaron un estudio en Chile donde compararon los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva entre personas con y sin discapacidad, hallando diferencias significativas ya que estos últimos poseen mayores bases (30).

Por lo tanto, identificaron desconocimiento en temas relacionados a la orientación sexual, reflejándose la omisión de información como consecuencia de contemplar a dichas personas como “inocentes”; aparato reproductor masculino y femenino; ciclo menstrual y reproducción; métodos anticonceptivos; infecciones de transmisión sexual; derechos sexuales y reproductivos (30).

Por su parte, Angarita & Calzada (2015) mencionaron la exclusión experimentada en esta población, la cual involucra diferentes ámbitos como el social y el educativo; haciéndose notorio en los distintos programas educativos desarrollados para la sociedad en la cual esta población se encuentra inmersa. Así como se les exigen deberes, estos tienen derechos, los cuales en ocasiones son violentados, al no permitir una inclusión de esta población dentro de los programas (31).

Además, estas autoras establecieron la existencia de modelos de observación entre pares y hacia padres, adultos y estereotipos reflejados en diferentes medios de comunicación, quienes mediante orientación deficiente, pueden generar concepciones irreales, en temas como la relación de pareja o la concientización de una correcta salud sexual y reproductiva (31).

Con respecto al conocimiento de la población sorda sobre la sexualidad, Andrade expuso en su investigación realizada en Ecuador en el 2015 que un 42% de la población en estudio poseía ideas incorrectas sobre los métodos anticonceptivos; a su vez un 39% de los estudiantes tenían percepciones erróneas sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) (32).

Relacionado a la investigación expuesta, esta autora presentó datos interesantes acerca de las formas de obtener la información, en las cuales expuso que 25 de los

33 estudiantes refirieron recibir la información sobre sexualidad de sus familias, coincidiendo con las diferentes investigaciones expuestas en el presente apartado. A su vez, el 97% de los estudiantes estuvieron dispuestos a recibir información sobre la educación sexual (32).

En otra investigación realizada en Estados Unidos en el 2015, Heiman, Haynes & McKee establecieron que los usuarios sordos de la lengua de señas americana (ASL) suelen presenciar una exclusión en los cuidados de salud, consecuencia del idioma, la comunicación y las barreras culturales entre los oyentes y los sordos. Esta marginalización se evidencia en brechas de conocimiento significativas para la población sorda en temas de salud, incluyendo salud sexual, cáncer, salud preventiva y enfermedad cardiovascular (33).

Dentro de los resultados de su investigación analizaron las respuestas de 282 personas sordas en comparación con 1890 personas oyentes de la “Encuesta de Salud para Adultos del Condado de Monroe” en el 2006. Dentro de los resultados se encontró que del total de la población sorda un 18,4% mantuvo la abstinencia en los 12 meses previos, 30,9% tuvo más de 2 parejas sexuales en los últimos 12 meses, un 28,0% utilizó condón en su última relación sexual y un 47,5% se realizó pruebas para la detección del VIH (33).

Lo mencionado es comparado con la población de la “Encuesta de Salud para Adultos del Condado de Monroe” reflejando que un 19,3% mantuvo la abstinencia en los 12 meses previos, 10,1% tuvo más de 2 parejas sexuales en los últimos 12 meses, un 19,8% utilizó condón en su última relación sexual y un 49,4% se realizó pruebas para la detección del VIH. Al comparar los resultados se observó insignificancias en las diferencias entre una población con respecto a la otra; resaltando únicamente la mayor cantidad de parejas sexuales en la población sorda (2 o más en los últimos 12 meses) en comparación con la población en general (33).

En otro aspecto, Cawthon, Johnson, Garberolgio & Schoffstall en el 2016 establecieron la influencia de los medios en la concepción de las familias sobre las capacidades de las personas sordas, principalmente en aquellas sin contacto previo con esta población hasta que tuvieron una hija o hijo sordo. Además, las familias con bajas expectativas y percepciones negativas manifestadas en el comportamiento y

actitudes hacia su hijo con respecto a la capacidad de este para tener un desenvolvimiento adecuado en la sociedad, puede atribuir un impacto perjudicial en el desarrollo de esta persona (34).

Estos autores mencionaron que los procesos relacionados a los modelos a seguir pueden incluir un apoyo, guía, acompañamiento o fungir como mentor al individuo enseñando, entrenando o estableciendo un vínculo de empatía a través de importantes transiciones en la vida; siendo las altas expectativas y la comunicación efectiva dos temas importantes en la eficacia de este proceso con las personas sordas (34).

Referente a la evolución presentada en la educación de personas sordas durante la educación primaria en temas de sexualidad, García, Pérez & Colunga en el año 2016, inicialmente no era considerada la necesidad de brindarles educación e inclusive las personas presentaban oposición. Posteriormente, se incluía de forma implícita con un enfoque de predominio biológico hasta que se promovió la incorporación de las otras dimensiones; considerando las necesidades de dicha población (35).

La educación por parte de la familia va a depender de forma importante de la comunicación presente en los miembros. En este sentido, Calzada & Carmona realizaron una tesis en el 2016 en Colombia, cuyos resultados indicaron la dificultad de las personas sordas para comunicarse en su núcleo familiar debido al desconocimiento de la lengua de señas por parte de estos, repercutiendo en diferentes esferas de su vida (36).

Según indicaron dichas autoras, esto contribuye a la adjudicación del grupo de pares como relevante en el proceso de socialización, permitiendo reconocer sus valores, cultura sorda y pasa a ser considerado como fuente de conocimiento. Por lo tanto, en temas de sexualidad, estas personas poseen un papel activo ya que la familia tiende a postergar su abordaje como consecuencia del desconocimiento, temor y sobreprotección (36).

Las personas sordas en estudio no consideraron efectivos los programas educativos de sexualidad, televisión o material ya que se les dificultó acceder a los mismos y consideraron como desventaja el hecho de ser elaboradas en su mayoría para personas oyentes (36).

Coincidiendo con algunos de los resultados expuestos anteriormente, Acero & Castillo en su tesis realizada el año 2016 en Ecuador indicaron que las limitaciones en las personas sordas no presenta como causa única la discapacidad auditiva, al contrario, ejerce influencia importante el entorno de la misma como la interacción con las personas cercanas y la oportunidad de diálogo; viéndose afectado principalmente por la falta de dominio de la lengua de señas por parte de la familia, ocasionando que no sean abordados temas relevantes (15).

Otra de las razones radica en la inconveniencia de las señas empleadas para comunicar la sexualidad debido a la explicitud de las mismas, generando incomodidad por no tener la opción de poseer mayor privacidad ya que lo expresado puede ser visto por otras personas (15).

Así mismo, según la investigación realizada, encontró que un 40% no se creyeron capacitadas para abordar la temática, un 75% no consideraron necesario que sus hijos reciban educación al respecto e indicaron que las personas con discapacidad no tienen las mismas oportunidades sexuales; finalmente, el 63% opinaron que no les sería de utilidad que conozcan sobre sexualidad debido a su condición. A pesar de lo anterior, el 100% deseaba recibir asesoramiento ya que no habían sido instruidos anteriormente (15).

Por su parte, Bárcena, Guevara & Álvarez en el 2017 realizaron un estudio no probabilístico en México con una muestra de 172 padres con hijos e hijas con alguna discapacidad. En sus resultados lograron evidenciar el tipo de discapacidad de los hijos e hijas, la forma de comunicación, características de los padres, datos sociodemográficos de sus hijos e hijas y los temas más frecuentes sobre la sexualidad abordados por los padres y madres (37).

En el estudio expuesto, se observó que alrededor de un 80% de los padres han abordado el tema sobre las acciones a tomar en caso de contactos impropios, cuales son los contactos permitidos por los familiares, diferencias entre hombres y mujeres e identificar las partes del cuerpo; sin embargo, menos del 50% de los padres conversaron sobre la masturbación, la utilización de métodos anticonceptivos, la colocación del condón y la prevención y contagio de las diferentes infecciones de transmisión sexual (ITS) (37).

Retomando el tema del abuso, los autores Yu, Chen, Jin, Zhang, Feng & Zhao en su artículo publicado en China en el 2017, indicaron que los niños que presentan discapacidad poseen mayor propensión a ser víctimas de abuso sexual dado al aislamiento, barreras educativas y dificultades en el acceso a los servicios de salud. Además, las limitaciones en la comunicación afectan el reporte del mismo; en el caso específico de las personas sordas, se les dificulta expresarlo a personas no pertenecientes a su núcleo familiar porque la gran mayoría desconoce la lengua de señas (38).

En el estudio comentado, encontraron grandes vacíos en el conocimiento sobre abuso sexual de los niños y niñas con discapacidad auditiva pues el 100% no respondió acertadamente a las interrogantes; solo 3 de los 51 estudiantes obtuvieron el puntaje máximo de habilidades. Además, un tercio indicó la continuidad en dicha situación y el 33.3% no lo comentaría a otras personas. En cuanto a los y las participantes anuentes a comunicar el abuso, indicaron la probabilidad de realizarlo con un o una integrante de su familia, siendo predilecta la madre y en segundo lugar el padre (38).

Específicamente en el caso de las mujeres con discapacidad; Dean, Tolhurst, Khanna & Jehan en el 2017 expusieron que, a nivel global, las investigaciones cualitativas que exploran las necesidades y los derechos de la salud sexual y reproductiva (SSR) de las personas con discapacidad, concuerdan en la diferencia de las necesidades de SSR con la capacidad de acceder a los servicios de estos. La limitación expuesta, surge de barreras sociales, infraestructura y económicas similares a las experimentadas por mujeres "sin discapacidad" en la India (39).

Entre los hallazgos de la investigación previamente mencionada, se encontró la relevancia del reconocimiento de las necesidades de la población y sus derechos en la demanda de los servicios de SSR. Además, todas las mujeres participantes mencionaron estereotipos sobre su sexualidad provenientes de sus familiares y profesionales con los que interactuaron, basados en creencias sobre alteraciones corporales. De este modo, se evidencia la contemplación de las mujeres con discapacidad como asexuadas; por ende, no cumplen con su rol en la sociedad de ser esposa ni madre (39).

Como fue abordado por otros autores a lo largo de esta sección, Addlakha, Price & Heidari en el año 2017, comentaron acerca de la influencia de los estereotipos por parte de la sociedad, cultura y ámbito religioso en los derechos en SSR de las personas con discapacidad ya que priva la contemplación como seres asexuados, incapaces de poseer relaciones estables y reproducirse (40).

Lo mencionado, posee mayor connotación en personas del sexo femenino, en quienes es frecuente que se le niegue el derecho a la maternidad. Así mismo, se destacó la mayor vulnerabilidad de ser violadas, siendo más frecuente en personas sordas (40).

Además, alegaron la carencia de políticas, planificación, servicios a nivel social y de salud que permitieran asegurar los derechos en SSR; inclusive, estos no suelen ser considerados en los movimientos realizados por personas con discapacidad. Por lo tanto, resulta vital el empoderamiento de estas personas para la obtención de mejores resultados tanto para sí mismos como a nivel social (40).

Otras de las barreras que destacaron, radican en limitaciones económicas; dependencia de miembros de la familia para acudir a servicios de salud, repercutiendo en la privacidad y confidencialidad de la persona; bajos niveles educativos, siendo más relevante en personas sordas; género; pobreza; desempleo; residencia urbano-rural; entre otras (40).

Por su parte, Mprah, Anafi & Yeaboah en el 2017, establecieron la falta de inclusión de las personas sordas en los programas de SSR, debido a que las fuentes de divulgación suelen ser mediante la televisión o la radio; sin embargo, estas no logran cumplir con las necesidades de comunicación para esta población. Lo anterior, genera falta de información y educación sobre la SSR. Además, los profesionales de la salud, quienes poseen un rol principal en la divulgación de la información sanitaria, no están familiarizados con la cultura sorda y las necesidades de información de dicha población, generando barreras de comunicación (41).

Los autores en mención realizaron una investigación en Ghana, con 179 participantes divididos en 2 segmentos; 26 participaron en grupos focales y 152 respondieron una encuesta. Dentro de sus resultados en los grupos focales se mostró que un 90% de los hombres y un 89,1% de las mujeres culpan a los profesionales por la insensibilidad

con la población sorda; mientras tanto alrededor de un 40% general (42,5% en hombres y 43,1% en mujeres) conocían la posibilidad de las mujeres de quedar embarazadas si en su primera relación sexual no utilizaban métodos de barrera (41).

Otra de las investigaciones en el año 2018, López, Fortúnez & Rivas establecieron dos singularidades en la población sorda relacionadas a la comunicación y el lenguaje; reconociéndolos como grupo minoritario, caracterizado por el uso de la lengua de señas, por lo cual mencionaron ser personas alertas, visuales, detallistas y expresivos (14).

Con respecto a la sexualidad en los adolescentes sordos, los autores en mención estipularon ciertas características de esta población como el deseo de identidad con el entorno, conllevando generalmente a la adopción de conductas de los oyentes. Sin embargo, esto condujo a acoger estereotipos exacerbados en su sexualidad. También, establecieron que el uso de la lengua de señas no es la única solución al abordar la sexualidad, pues se debe trabajar de manera conjunta con otros aspectos relacionados a la adolescencia y su sexualidad cómo la parte psicológica y social (14).

En otro estudio, Mavrogianni y Lampropoulou en el 2018, realizaron un estudio en Grecia con 172 familias de niños y niñas en edad preescolar (25 de ellos con hijos o hijas sordos), encontrando un crecimiento en el involucramiento de las mismas con sus hijos e hijas con discapacidad. Pese a esto, existe una escasa evidencia con respecto a las familias de hijas e hijos sordos; por lo tanto, el estudio se basó en una comparación entre estas con niños y niñas dentro del espectro autista, con discapacidad cognitiva, niños sordos y sin discapacidad mediante 5 escalas diferentes (42).

Dentro de los resultados de las escalas previamente mencionadas, no se encontró una diferencia significativa entre la escala del involucramiento de los padres. Con la escala de estrés, los padres con niños dentro del espectro autista y discapacidad cognitiva, presentaron un nivel de estrés mayor a niños sordos. Referente a las creencias del rol parental, no se presentaron diferencias; al establecer una relación en la satisfacción marital, los padres de niños sordos y niñas sordas, se encontraban más satisfechos en relación con las personas del espectro autista y discapacidad

cognitiva. Finalmente, tampoco se mostraron diferencias entre la escala del apoyo social (42).

Según Guimaraes, Santos, Santos & Silva (2019), la falta de información genera en las personas sordas una mayor vulnerabilidad y riesgo a sufrir diferentes tipos de abuso, incluso sexual. Además, podría ser manipuladas debido a la incapacidad para lidiar con estas situaciones por la ausencia de herramientas personales, siendo la falta de comunicación efectiva en sus familias una barrera de comunicación y, por tanto, provocando entorpecimiento en el acceso a la información (43).

En el estudio anterior realizado en Brasil, encontraron que, a través de conversaciones con diferentes allegados incluyendo sus profesores, pareja, médico e incluso una investigación individual, se convirtieron en la fuente de información más relevante para los mismos (43).

Según un artículo elaborado por Dreyzehner y Goldberg en el 2019, las barreras en la comunicación propicia que, durante la infancia de las personas con discapacidad auditiva, vivencien situaciones adversas e inclusive depresión, por no poseer la oportunidad de expresar sus necesidades y no ser entendido por familiares. Lo mencionado, presenta como causa la inexperiencia de los padres con dicha población ya que el 90% de los nacimientos surge en familias oyentes y solo el 25% de las mismas consideran el uso de Lengua de Señas como eficiente (44).

En este mismo año, Kahn, Suchindran & Halpern en su estudio longitudinal realizado en Estados Unidos, señalaron la cantidad limitada de investigaciones con información relacionada al tiempo del primer contacto sexual entre poblaciones con discapacidad, siendo crítico tomar este aspecto en cuenta para guiar el momento y el contenido de los programas de educación sexual (45).

En este estudio obtuvieron que del total de la población un 50,5% eran hombres y un 49,5% mujeres. Además, un 96,9% de las personas reportó tener algún tipo de contacto sexual; mientras solo un 3,1% de estas nunca ha tenido relaciones sexuales de ningún tipo (45).

Sobre el inicio de las relaciones sexuales, el promedio obtenido fue a los 16,3 años. Dentro de los tipos, lo dividieron en vaginal, oral y anal, obteniéndose los siguientes

resultados: un 93,8% ha tenido sexo vaginal siendo su inicio a los 16,6 años; 92,8% sexo oral iniciando a los 17,3 años y solo un 44,1% anal con un comienzo a los 21,4 años (45).

En síntesis, como se logró observar a lo largo del capítulo, las familias constituyen un elemento fundamental en el desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia, en donde este tema ha ido evolucionando en las personas con discapacidad. En este sentido, se ha considerado cada vez más sus derechos respecto a la misma, en las cuales las familias son un pilar importante durante dicha etapa ya que, al ser estas su sociedad inmediata e idealmente fuente primaria de información, deben comprender plenamente las características atravesadas durante el ciclo vital y estar preparados para atender oportunamente las necesidades de sus hijos e hijas.

Por lo tanto, basado en la evidencia científica mostrada a lo largo del presente capítulo se desarrolló este programa educativo, el cual pretendió brindar a las familias de diferentes herramientas que les permita transmitir la información a sus hijos e hijas ya que, como se muestra en diferentes investigaciones, las familias son la principal fuente de información. No obstante, los adolescentes no acuden a estas, por los mitos y estereotipos en ellas, así cómo la falta de comunicación entre las partes, siendo trascendental dirigir intervenciones tomando en cuenta este aspecto.

En relación con la disciplina, al intervenir esta población deben valorarse singularidades como la comunicación, lengua propia y nivel de escolaridad, para proporcionar a los miembros de la familia herramientas útiles para la transmisión adecuada de los conocimientos y asegurarse de su entendimiento sobre los temas de interés a desarrollar con los adolescentes.

Complementando lo mencionado y a partir del análisis de la documentación existente en torno a la temática, deben ser planteadas intervenciones de Enfermería tomando en cuenta el contexto de la población y las necesidades reales para lograr desarrollar soluciones eficaces, contemplando factores como la comunicación, cultura y creencias.

Así mismo, otro de los insumos consiste en propiciar el abordaje integral de la sexualidad, al considerar las dimensiones biológica, psicológica, social y ética; dada la influencia y relación entre estas en las etapas propias de la adolescencia. Es

indispensable llevar a cabo el abordaje con información precisa, completa y sin prejuicios, propiciando la toma de decisiones fundamentada, la transición saludable del proceso y la vivencia segura de su sexualidad.

## 2.2. Marco Teórico

La Enfermería es “una ciencia humana práctica, una actividad sistematizada que parte de una explicación lógica, racional y fundamentada” (46). Se rige por una serie de teorías que brindan las bases al quehacer de la disciplina de tal modo que se implementen acciones basadas en estas mediante el Proceso de Enfermería, el cual

es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones [...] y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano (47).

Además de lo anterior, Kérouac establece que, a lo largo de la historia, el actuar ha estado determinado por tres paradigmas, los cuales son “visiones que se convierten en productos científicos universalmente aceptados” (48) y estos atienden como los profesionales de Enfermería “buscan unas respuestas válidas a sus preguntas teóricas y prácticas, que puedan dar respuestas útiles para la construcción disciplinar y profesional” (49).

Respecto al paradigma de la categorización, se implementó desde 1860 a 1950 (48) encontrándose relacionado a Florence Nightingale y el inicio de la profesión. El cuidado se visualiza como la providencia de las mejores condiciones a la persona para que la naturaleza ejerza su efecto, “es hacer para” (50). El paradigma de la integración se implementó entre 1950-1975 (48) en donde se “[...] sitúa al ser humano como eje y centro del cuidado” (49) y el cuidado se contempla como “conocimiento de experto que aconseja comportamientos y guía. Es actuar con” (26). Por último, el paradigma de la transformación se desarrolló desde 1975 (48) entendiéndose el cuidado como la “[...] experiencia de acompañamiento e interacción, personalizada, donde las personas toman decisiones sobre su salud. Es un actuar con” (50).

Ahora bien, la teoría empleada en esta práctica dirigida fue propuesta por la Enfermera Afaf Meleis (19), la cual se encuentra dentro del paradigma de la integración. Además, define los metaparadigmas de la disciplina desde las transiciones, como será mostrado a continuación.

### **2.2.1. Teoría de las Transiciones**

Los conceptos que serán desarrollados en el siguiente apartado, guiarán el actuar de la presente práctica dirigida desde una perspectiva de Enfermería debido a la fundamentación desde la teoría de las transiciones propuesta por la enfermera Afaf Meleis. Además, es importante comprender la forma en como se describen los metaparadigmas para generar un análisis del aporte de éstos a las intervenciones propuestas.

#### **2.2.1.1. Salud**

El concepto de salud va a estar influenciado por el énfasis que emana de la perspectiva enfermera-científica de cada profesional; sin embargo, se establece la salud como un movimiento en el continuo de enfermedad y salud siendo consistente con eudaimonismo y opiniones autorrealizadas de la salud (19)(51). A pesar de ser frecuente la percepción de la transición como un riesgo o aumento de vulnerabilidad en la persona, también puede visualizarse como una oportunidad (51).

#### **2.2.1.2. Entorno**

Las transiciones y el entorno están relacionados en dos formas. La primera de ellas corresponde a los cambios en el entorno, teniendo la probabilidad de ser parte de eventos necesarios para generar el proceso de transición (19)(21)(51). Los cambios pueden suceder de manera lenta, ocasionando una evolución gradual y casi imperceptible; de manera rápida, ya sean naturales o hechas por el hombre. Dichos eventos requieren no solamente un ajuste del nuevo entorno sino interrumpir las fuentes de apoyo usuales que el individuo obtiene de este (19)(51).

Lo expuesto anteriormente conlleva a la segunda forma de relación entre la transición y el entorno ya que, independientemente de la fuente de las condiciones iniciales para la transición, estará mediada por las redes de apoyo ofrecidas por el medio, es decir, la naturaleza del entorno en donde se puede impedir o facilitar la transición

(19)(20)(51). Lo anterior, ha sido conceptualizado como recursos facilitadores externos y considerados como un proceso cíclico en el que se percibe, construye y evalúa la ayuda y el apoyo recibido durante la transición (20).

### **2.2.1.3. Persona**

La persona es entendida como aquellas interacciones persona-entorno en donde los procesos o resultados están determinados únicamente por una de las dos variables previamente mencionadas, debido a la existencia de diferentes factores en los cuales pueden actuar con mayor dominio en puntos de la vida, con mayor importancia a lo que produce resultados de una compleja interacción entre las características individuales y de su entorno (19)(51).

Por otra parte, para lograr comprender eficazmente la respuesta de una persona para determinada transición, es de suma importancia entender la forma en la que es visualizado el proceso de transición y cuáles son las expectativas esperadas para el resultado (51).

### **2.2.1.4. Enfermería**

Se visualiza la Enfermería como aquella disciplina con la competencia de llevar a cabo la intervención terapéutica durante el desarrollo de las transiciones (52). Lo mencionado se debe al involucramiento de los profesionales con los clientes y/o sus respectivas familias; permitiendo identificar los cambios presentados y las necesidades ocasionadas en las transiciones (53).

De este modo, las acciones por parte de Enfermería se centran primeramente en la necesidad de realizar una valoración de la transición para identificar las necesidades y preparación de cada persona, determinando la experiencia de estas. En segundo lugar, establece la pertinencia de llevar a cabo la preparación para la transición, teniendo un papel preponderante la educación. Por último, la suplementación del rol (52), el cual será desarrollado posteriormente.

Por lo tanto, es evidente la integración realizada por la teoría entre los fenómenos de Enfermería y las transiciones, permitiendo a estas últimas ser contempladas de forma sistemática y completa (53)

### **2.2.1.5. Rol**

El rol se puede definir como un derivado de interacciones, en los cuales actúan diferentes actores del sistema social. Estos roles surgen de una interacción social y se analiza en términos de otros roles importantes. La función desempeñada y elegida por el actor es el resultado de acciones voluntarias condicionadas por los retornos deseados y, a su vez, recibidos por otros (19).

Además, el rol asumido en una situación específica es validado por medio de la aceptación de sus allegados, pudiendo incluir: la enfermera, los miembros de su familia, amigos, entre otros. Cuando este se transforma, existe una necesidad de reciprocidad en los comportamientos del rol, convirtiéndose los beneficios recibidos en una necesidad para continuar adquiriéndolos (19).

Por otra parte, a través de la interacción y la asunción del rol procesado con las personas allegadas, cada uno de los roles de la persona es descubierto, creado, modificado y definido por ellos; siendo incorporados en el ego de la concepción de sí mismos, siendo esta última un constructo de como las personas se relacionan con los roles más importantes de los otros (19).

Finalmente, la teoría del rol puede proveer una base relevante para generar un diagnóstico de Enfermería basado en los problemas de la persona, específicamente en la dimensión psicosocial del rol o las transiciones del rol; cuyo diagnóstico debería demostrar el mayor valor de la planeación para brindar una apropiada intervención (19), permitiendo el predominio de transiciones saludables y la capacidad de las personas para regular sus comportamientos, sentimientos, señales y símbolos asociados a los roles adquiridos (53).

Las transiciones de los roles demuestran un cambio en la relación de diferentes roles, sus expectativas o habilidades; necesitando por parte de la persona la incorporación de nuevos conocimientos, produciendo una alteración en su comportamiento y por ende, modificando la definición de sí mismo en un contexto social. Muchas de las transiciones están estrechamente relacionadas con el ciclo de salud-enfermedad y deben ser consideradas por la disciplina (19). Por lo tanto, se presentan diferentes tipos de transiciones como del desarrollo, situacional, salud-enfermedad y organizacional (19)(21)(54).

Diferentes transiciones en los roles se encuentran en el curso normal de las etapas de la vida. Dos de las transiciones más significativas están relacionadas con posibles problemas de salud, tanto fisiológica como psicológica. Dichas transiciones corresponden al paso de la niñez a la adolescencia y de la adultez a la adultez mayor (19).

Con respecto a la adolescencia, dicha transición se relaciona con problemas identitarios, afectando áreas como el consumo de drogas, infecciones de transmisión sexual, dificultades en su sexualidad, madres criando a sus hijos sin padre, entre otras cosas (19). En este sentido, las transiciones podrían encontrarse acompañadas de emociones manifestadas según la dificultad de la misma, tales como: estrés, angustia, ansiedad, inseguridad, frustración, ambivalencia, soledad, conflicto de roles, entre otras (20)

De forma adicional, el comportamiento de la persona ante el proceso de transición no posee límites establecidos debido a que entra en colación una serie de características propias de la persona y de su contexto, determinando su expansión y retroceso (51).

Ya que no puede existir un rol sin su contraparte (contrarrol) para reforzar y complementarse, los cambios en un rol necesitan redefinirse en su contrarrol. En este sentido, los cambios deben realizarse desde el aspecto conductual en uno o más egos del sistema social en los cuales las personas se encuentran inmersos. Por otra parte, cuando el ego no ha sido modificado personalmente en la transición del rol, cualquier cambio de este en personas como una pareja, padres, hijos, amigos, o allegados pueden forzarlo a cambiar de manera abrupta (19).

Aunado a lo anterior, cuando las modificaciones en la etapa de la vida suceden por la persona misma, se debe tomar en cuenta a aquellas personas significativas para ser consideradas dentro del equipo de salud, siendo estas modificaciones analizadas con anterioridad, exploradas y analizadas en los planes de intervención que se deseen realizar con la población o persona con la que se está trabajando (19).

Por otra parte, si las transiciones son llevadas a cabo de forma no saludable(53) como por ejemplo durante una dificultad cognitiva, del comportamiento del rol o los sentimientos y metas relacionados al comportamiento del rol (19); conlleva a la insuficiencia del rol (19)(53).

Esta problemática fue definida como la incongruencia entre el comportamiento del rol y el rol esperado, dando como resultado la presencia de dificultades en el conocimiento, desempeño del rol, en el logro de objetivos y/o comportamiento del rol (53); siendo percibido tanto por sí mismo como por otras personas (19)(53).

De forma específica, una persona puede ser considerada con insuficiencia del rol si presenta alguna de las siguientes características:

- Ingresar y egresar de sus roles en un sistema social, específicamente en el servicio de salud.
- Voluntarias o involuntarias agregaciones o eliminaciones de los roles con o sin cambios en sus otros roles.
- La concomitante finalización del rol o conjunto de roles e inicio de un nuevo rol o conjunto de estos (19).

Sin embargo, en ocasiones las personas pueden rehusarse a actuar en un rol determinado, siendo la motivación un aspecto fundamental a intervenir para evaluar los beneficios del mismo. En el caso que una persona se rehúse, se debe a una decisión voluntaria ya tomada por esta, en la cual percibe mayores desventajas sobre las ventajas; por el contrario, al ser voluntario es iniciado por sí mismo y reforzado por su sistema social (19).

Durante el ciclo de la vida, una persona puede atravesar diferentes transiciones, utilizando recursos personales para afrontar los factores estresantes y cambios iniciados. La evolución en los mismos, pérdida de algunos y adquisición de nuevos tiene una relevancia en la disciplina de Enfermería, pues están directamente relacionados con la suplementación del rol en las diferentes transiciones de las personas (19).

En este sentido, resulta fundamental la Terapéutica de Enfermería, encontrándose conformada por: evaluación de la preparación, preparación para la transición y la suplementación del rol (20)(54). En la primera, es recomendable crear perfiles individuales de la preparación de la persona para así identificar patrones de la experiencia de la transición (20).

La preparación para la transición tiene como principal método la educación, siendo fundamental en la creación de condiciones óptimas. Para que esta medida sea adecuada, resulta necesario el tiempo pues se requiere el lapso suficiente durante la adquisición de nuevas responsabilidades y la implementación de nuevas habilidades (20).

La suplementación del rol es definida como un proceso intencional donde la insuficiencia o potencial insuficiencia del rol es identificado por la persona o su sistema social. Por lo cual, se utilizan diferentes estrategias de aclaración y toma del rol mediante la intervención terapéutica para mitigar o prevenir una insuficiencia del rol. La suplementación del rol puede ser terapéutica o preventiva cuando se clarifican los roles de las personas antes de la transición (19).

Además, este tipo de intervención no es solamente brindar la información o experiencias necesarias, generando una conciencia para anticipar comportamientos, sentimientos, sensaciones y metas involucradas en cada rol, también debe enfatizarse en el rol de sí mismos y su relación en las dinámicas de las relaciones entre ellos con el otro (19).

Cuando se realiza la suplementación del rol, esta debe estar operacionalizada en componentes, estrategias y procesos. Los componentes corresponden al rol de clarificación y toma del rol; las estrategias se basan en el modelaje del rol, ensayo del rol e interacciones en grupos de referencia; finalmente, la comunicación facilita el proceso en la implementación de las estrategias para alcanzar los objetivos propuestos (19).

La clarificación del rol se da mediante el conocimiento de información específica y señales necesarias para realizar un rol, este sucede por medio de la identificación del rol ligado a sentimientos, comportamientos y metas asociadas al mismo frente a las personas significativas en su contexto. Durante el ciclo de la vida de una persona, puede experimentar cambios en los roles, descartarlos, asumirlos, modificarlos, o manejar varios simultáneamente (19).

Por lo anterior, se evidencia la importancia de la clarificación del rol para el titular del rol. Para lograr establecerlo, el ego individual debe tener un sentido social de los límites del mismo como unidad, generando una idea clara sobre las expectativas de

sus allegados acerca del comportamiento de su rol, con el fin de brindar una conciencia recíproca de las expectativas complementarias del rol. La clarificación del rol necesita de una persona que disminuya la ambigüedad y los problemas en conocer y transmitir las expectativas del rol (19).

Los roles son enseñados e incorporados en una variedad de estrategias. Una de ellas es mediante la interacción con otras personas relevantes ya sea de forma individual o grupal. En ese momento, los roles deben ser analizados y derivarlos a unidades de comportamiento basados en la interacción recíproca, a pesar de las expectativas y previas experiencias que inciden en la identificación de los roles. El análisis actual se debe centrar en el comportamiento de una situación interactiva (19).

Para adquirir y dominar los comportamientos y sentimientos de los nuevos roles y roles de transición, es necesario el conocimiento de lo que el rol implica en términos de comportamiento, sentimientos, metas, costos y beneficios; reforzado de manera positiva o negativa por los allegados (19).

Las estrategias utilizadas en la clarificación del rol son: modelaje del rol, ensayo del rol y grupos de referencia. Este último es una opción viable para la suplementación del rol, enfatizando la relevancia de los otros o sus allegados en nuevos roles y contrarroles. Esta estrategia debe verse inmersa en el contexto de una referencia grupal apropiada involucrando al yo y sus allegados como estrategia esencial (19).

Para diseñar un programa de suplementación del rol, es necesario identificar a los otros significativos. Existen diferentes estrategias y procesos para el programa que deben ser designados para preparar o asistir personas con la clarificación del rol. Dichos programas deben ser delimitados y especificados para que sus participantes logren formar e influenciar su propio rol de aprendizaje (19).

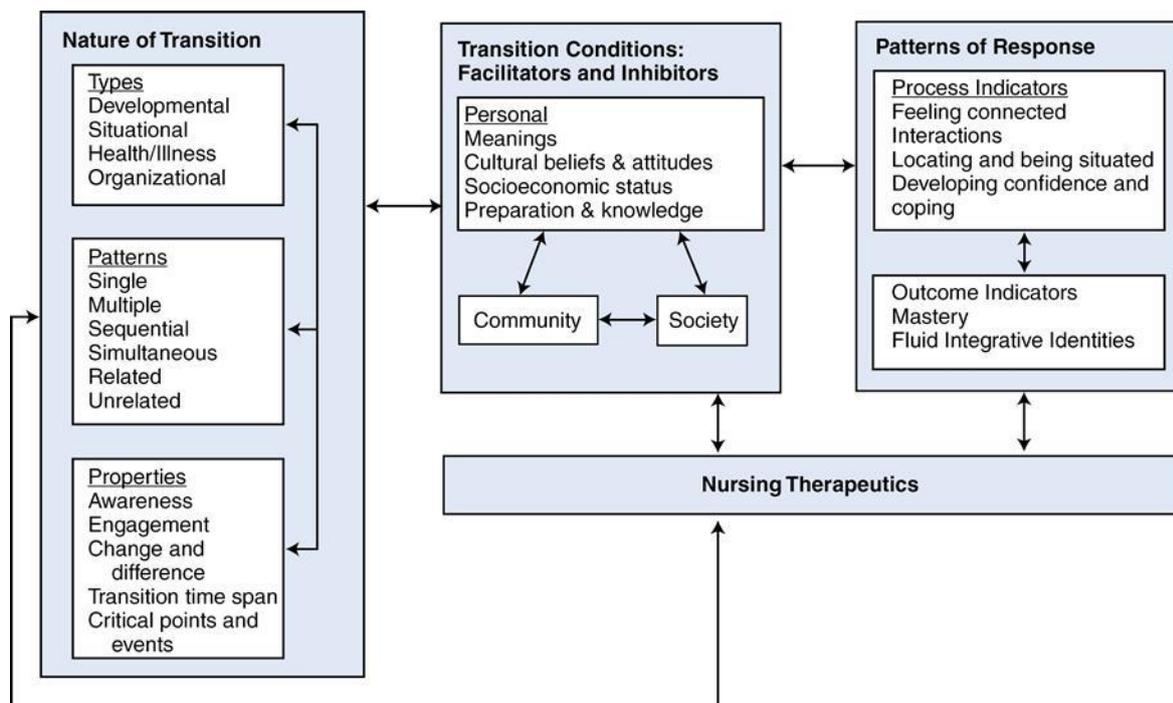
Una vez diseñado el programa se tienen procesos para facilitar la implementación de las estrategias y alcanzar las metas de los componentes de la suplementación del rol, tales como la comunicación e interacción. La comunicación es el medio por el cual el significado es construido y es clave en el proceso de suplementación del rol. La comunicación humana es un proceso conductual basado en un sistema de símbolos compartidos, donde son transmitidos e interpretados entre interacciones sociales (19).

La comunicación humana depende de los símbolos relevantes compartidos, ya que la persona anticipa la interpretación de otros sobre los gestos simbólicos para así forjar líneas de acción intencionadas. Este proceso de anticipación e interpretación es posible debido a que los humanos en el proceso de usar símbolos compartidos, crean objetos relevantes y se convierten en un objeto para verse desde un imaginario, como otros lo observan (19).

Agregando a lo anterior, una persona al ser apta para anticipar las respuestas de sus gestos, ya sean de manera verbal o no verbal, es capaz de comunicar su significado. La comunicación e interacción son ejes centrales en los procesos de clarificación del rol, convirtiéndose en una parte medular de la suplementación del rol. A través de esto, se abren y aclaran los símbolos de comunicación, siendo los roles quienes los modifican y evolucionan (19).

Basado en estos ejes, Meleis planteó su modelo de transiciones en donde establece una serie de conceptos, dentro de los cuales se encuentran (Ver Figura 1):

- Tipos y patrones de las transiciones.
- Propiedades de las experiencias de la transición.
- Condiciones de la transición: Facilitadores e inhibidores.
- Indicadores de procesos.
- Indicadores de resultados.
- Terapéutica de Enfermería (19).



**Figura 1.** Modelo de Transiciones de Afaf Meleis (19).

Las transiciones poseen diferentes patrones, los cuales son determinados por el grado de complejidad (21), y la presencia de una sola o múltiples de estas (19)(21). En caso de experimentarse varias, es importante determinar si son secuenciales o simultáneas así como el grado de superposición entre las transiciones y la naturaleza de la relación entre los diferentes eventos con capacidad de desencadenarlas en una persona (19)(21).

Complementando lo anterior, debido a las características multidimensionales y complejas de las transiciones, se distinguen las siguientes propiedades características: conciencia, compromiso, cambio y diferencia, espacio de tiempo y puntos críticos y eventos (19)(21)(54); abordadas a continuación.

La conciencia está relacionada a la percepción, entendimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición. Además, para estar en una transición, la persona debe estar consciente de los cambios presentados, en caso de no estarlo, no imposibilita el comienzo de la experiencia de la misma (19)(21)(51), siendo este proceso caracterizado por ser personal y no estructurado, teniendo la posibilidad de ser definido por la misma persona u otras pertenecientes a su entorno (51).

En relación a lo previamente mencionado, es importante destacar que el hecho de encontrarse en una transición implica la conciencia de la persona a los cambios que

ocurren (19)(21)(51); en caso de no estarlo, no podría considerarse como transición sino su permanencia en fases previas, resultando vital resolver las barreras en este aspecto antes de intentar facilitar la transición. Sin embargo, esto no imposibilita el comienzo de la experiencia de dicho proceso (51).

A su vez, se encuentra el nivel de compromiso, el cual es definido como el grado de demostración del involucramiento en el transcurso inherente a la transición (19)(21). Por lo tanto, se encuentra relacionado con la primera propiedad pues no puede haber compromiso sin conciencia; en caso de ser así, conllevaría a la afectación del nivel de participación (21)

Por su parte, la diferencia y el cambio son propiedades esenciales para la transición; a pesar de ser similares, no son intercambiables ni sinónimos (19)(21). La primera, puede ejemplificarse como expectativas insatisfechas o divergentes, sentirse distinto, ser percibido como diferente o contemplar al mundo u otras personas de diferentes perspectivas (21).

Retomando el tema de las expectativas, se encuentran influenciadas por la experiencia previa y, por tanto, afectando la transición actual. Cuando no se encuentra comprometida por esta, la transición puede tornarse poco clara o irrealista hasta llegar a la incongruencia. Aunado a esto, puede existir dificultad por parte de la persona para conocer que esperar. Por el contrario, el estrés debido a la transición puede estar disminuido al no presentarse las características anteriores(20).

En contraste con la propiedad de diferencia, todas las transiciones involucran un cambio, pero no todo cambio involucra una transición (19)(21). Además, es trascendental descubrir y describir los efectos así como el significado conferido a los cambios para comprender efectivamente el proceso de transición(21), pues va a ser diferente en cada persona; teniendo efecto en el resultado, reacción y respuesta (51). Asimismo, es importante contemplar la experiencia y consecuencias(20) en distintos ámbitos.

Dicho proceso hace referencia tanto a la interrupción de la transición como a la respuesta que se tenga a esta, dependiendo en gran medida de cada persona puesto que va a ser variable las esferas de la vida afectadas. A su vez, la intensidad y el alcance puede variar a través del tiempo (51).

Por su parte, las dimensiones de cambio a contemplar son: naturaleza, temporalidad, importancia o severidad percibida, normas y expectativas personales, familiares y sociales. Adicionalmente, el cambio podría relacionarse con eventos críticos o desequilibrantes; interrupciones en las relaciones y rutinas; ideas, percepciones e identidades (21).

Otra de las propiedades es el espacio de tiempo, caracterizándose por ser continuo pero limitado (51), es decir, todas las transiciones fluyen y se mueven a través del tiempo (19)(20); pero poseen un punto final identificable, extendiéndose desde los primeros signos de anticipación, percepción o demostración del cambio. Posteriormente, pasa por un período de inestabilidad, confusión y angustia; culminando con un nuevo comienzo o periodo de estabilidad (21)(51). Sin embargo, estipular un tiempo determinado a una transición puede resultar contraproducente (19)(21).

Finalmente, existen puntos críticos y eventos a los cuales ciertas transiciones son asociadas (19)(21), generando un aumento de la conciencia del cambio o compromiso a lidiar con la experiencia de la transición (19). Sin embargo, debe ser contemplado el desarrollo de transiciones en las que los eventos marcadores no son fácilmente identificables (21)

Por otra parte, las condiciones de las transiciones pueden ser facilitadoras o inhibidoras en tres ámbitos como lo son el personal, la comunidad y la sociedad (19)(21). Estas pueden promover o restringir el proceso de una transición saludable y/o resultado de las mismas (21)(54), como por ejemplo los siguientes aspectos personales: significados, creencias culturales y actitudes, estado socioeconómico, preparación y conocimiento.(19)(21).

Continuando con los conceptos, se encuentran los indicadores de procesos. Estos deben ser identificados dada la extensión de las transiciones en el tiempo, determinando el direccionamiento de la persona hacia la salud o el riesgo (19)(21). Por lo tanto, para facilitar resultados favorables, debe realizarse una evaluación temprana y periódica de dichos indicadores para garantizar la intervención oportuna por el personal de Enfermería (19)(21)(20).

Para lograrlo, se han encontrado patrones de respuesta, incluyendo sentirse conectado, interactuar, estar situado, desarrollar confianza y afrontamiento (19)(21), siendo estos dos últimos los que indican el creciente sentido de dominio (54). A su vez, dichos patrones de respuesta surgen de los comportamientos tanto observables como no observables y su reconocimiento es fundamental en la taxonomía de las transiciones (51).

Finalmente, se encuentran los indicadores de resultado, en donde emergen dos términos principales: el dominio de nuevas habilidades favorecedoras del manejo de la transición y el desarrollo de una fluida pero integrativa identidad. El nivel alcanzado en estos resultados puede reflejar la calidad de vida de las personas experimentando diferentes transiciones. Determinar si la transición fue completada, podría ser variable dada la dependencia al tipo de cambio o evento inicial de la misma, así como la naturaleza y patrón de la transición. Por lo tanto, la determinación de su finalización debe ser flexible y variable (19)(21).

Agregando a lo expuesto anteriormente, si los resultados son considerados de forma temprana en el proceso de la transición, podrían ser indicadores de proceso. En su contraparte, si son investigados tiempo después de completar la transición, podrían relacionarse a otros eventos de la vida de la persona, por lo que en ocasiones resulta más conveniente determinar un punto inicial y final, pues en todas ellas está presente un elemento subjetivo de alcanzar un sentimiento de balance en la vida de sí mismos (19)(21). Por consiguiente, la finalización de una transición exitosa puede ser identificada por medio de los indicadores desarrollados a continuación.

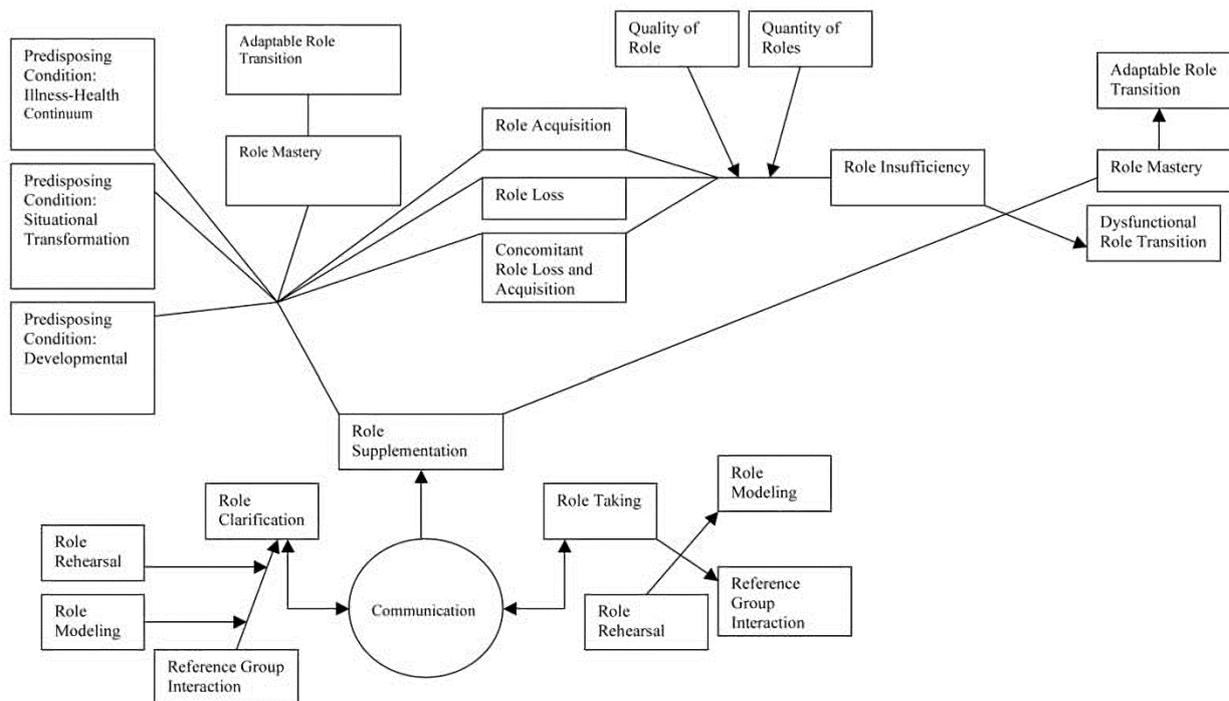
La persona experimenta la sensación de bienestar subjetivo, como consecuencia del manejo efectivo de sentimientos y emociones (20). Además, es capaz de contrarrestar la probabilidad de interrupción y desorganización (51). Lo anteriormente expuesto, propicia el crecimiento, el sentido de dignidad, integridad personal, empoderamiento, calidad de vida, entre otros (20).

Por otra parte, la transición saludable potencia el dominio de roles. Este se evidencia mediante el correcto desempeño de los mismos y la comodidad con el comportamiento requerido para afrontar las nuevas situaciones o entornos (20). A su vez, dicho indicador se encuentra integrado por los siguientes componentes:

conocimiento, habilidad cognitiva, toma de decisiones, habilidades psicomotoras y autoconfianza (20).

Adicionalmente, otro de los indicadores corresponde al bienestar de las relaciones. Si las transiciones involucran a miembros de la familia, debe ser evaluada en términos de toda la familia. Debe ser tomado en cuenta que las transiciones pueden afectar a la familia pero, al alcanzarse el éxito, esta se restablece o se promueve el bienestar de las relaciones familiares, siendo conceptualizado como adaptación familiar, integración familiar, mayor aprecio o cercanía e interacción significativa (20).

En síntesis, el rol presente en las personas puede variar según la situación a la cual se enfrenta. Por esta razón, para lograr una mayor comprensión sobre la insuficiencia y suplementación del rol, sus estrategias, componentes y procesos, se utilizará de manera gráfica y a modo de resumen el modelo propuesto por Afaf (Ver Figura 2.) (19).



**Figura 2.** Insuficiencia de roles y suplementación de roles: Un paradigma predictivo y prescriptivo (19).

Para concluir, esta teoría permite comprender la relación entre cómo la clarificación del rol y los grupos de referencia pueden construir el significado de la comunicación entre ambas partes con el fin de que los profesionales de Enfermería funjan como facilitadores en la suplementación del rol de las familias con las cuales se está desarrollando la intervención. En consecuencia, se contribuye en la experiencia de transiciones saludables.

## **2.3. Marco Conceptual**

Existen diferentes interpretaciones de un mismo concepto según sea la fuente consultada o el modelo a utilizar. Por ello, para efectos de esta práctica dirigida, es importante clarificar los términos de relevancia como el concepto medular correspondiente a familia y otros abordados desde el enfoque social, como por ejemplo: discapacidad, discapacidad auditiva y sordera.

Asimismo, se establecerá las etapas del desarrollo niñez y adolescencia, así como sus subetapas ya que representan una transición importante y en la cual la sexualidad posee un papel fundamental. Es importante destacar la inclusión de las dimensiones que esta última abarca y en las cuales estará basado el programa educativo.

### **2.3.1. Familia**

La concepción de la definición de familia y los tipos en los que esta se encuentra clasificada, ha variado conforme la sociedad se ha ido desarrollando, resultando en una amplia diversificación de la misma; por lo que, para lograr comprender la definición de familia, es necesario analizar diferentes perspectivas.

El concepto de familia, analizado desde el modelo tradicional, puede clasificarse en nuclear o extendida. Sin embargo, esta fue modificada posterior a la revolución industrial, donde un cambio económico y empresarial originó una transformación social; incluyendo la composición de la familia, ya que el grupo familiar se fue reduciendo y se comenzó a darle nuevos conceptos a dichos núcleos (55).

Con la llegada de estos nuevos conceptos por la diversificación de las familias, se pueden conocer algunos tipos como familia extensa, semiextensa, nuclear conyugal, uniparental, separada, reconstruida, extendida, binuclear matri/patriarcal, matri/patrilínea, homoparental, entre otras; siempre obedeciendo a la estructura una necesidad organizativa de integración grupal para responder y satisfacer las necesidades humanas de sus miembros (56).

Agregando a lo anterior, a pesar de haber surgido cambios en la percepción de las familias y sus tipificación a lo largo de los años, la familia continúa siendo una institución socializadora en donde, por la naturaleza de la misma, puede proporcionar

a los miembros partícipes diferentes recursos necesarios para promover estados de bienestar (57).

Por lo expuesto con anterioridad, se define familia cómo

La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (57).

Agregando a lo anterior, la familia es la base en donde se inicia la conexión entre la estructura social e individual, garantizando la adquisición de las primeras experiencias de relación humana, formándose y desarrollándose la personalidad. Por lo cual, la familia tiene un valor educativo primordial ya que es precisamente en esta donde inicia su participación como ser social, aprendiendo de las personas adultas a su alrededor (58).

En otro aspecto, la familia tiene una estructura organizativa mediante subsistemas; estos se encuentran separados por límites simbólicos manteniendo la identidad de la familia por medio del ejercicio de roles, funciones y tareas asignadas a cada miembro, siendo necesarias para la existencia de la organización (59).

Otro término de gran relevancia corresponde al ciclo vital de la familia, el cual comprende una serie determinada de fases que se diferencian entre sí, cómo consecuencia de la naturaleza de las transformaciones estructurales. Además, existen diferentes periodos sobre estas (58), encontrándose dividido en cuatro grandes etapas, a saber: los antecedentes, el inicio, el desarrollo y la declinación; dichas etapas están a su vez divididas en fases, correspondiendo a 14 en total (56).

Finalmente, es importante tomar en cuenta que un evento estresante para un miembro perteneciente a una familia no solo tiene un impacto individual, puede tener afectación a nivel familiar ya que el efecto del evento no es unilateral, sino circular (60).

### **2.3.2. Niñez**

La niñez es una etapa del ser humano y desde edades tempranas las personas son consideradas como seres sociales con una gran capacidad de realizar interpretaciones de su entorno (61). Además, se ha determinado su extensión desde que empieza a hablar hasta el comienzo de la pubertad y adolescencia (66). Ahora bien, a continuación, se presentan 3 subdivisiones, dando especial énfasis a la niñez tardía debido a la relevancia en esta práctica dirigida.

- Niñez temprana: desde el inicio del habla hasta aproximadamente los 6 años.
- Niñez intermedia: que es el lapso desde los 7 años y culmina antes del inicio de la pubertad.
- Niñez tardía: comprende el periodo de la pubertad. Debe tomarse en cuenta la presencia de variaciones conforme la cultura a la cual se pertenezca y las características propias de la persona pero, en términos generales comprende de los 10 a los 12 años (62).

### **2.3.3. Adolescencia**

La adolescencia corresponde a una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta, caracterizada por el rápido crecimiento y desarrollo tanto a nivel físico como emocional, cognitivo y social (63). Si bien es cierto, la edad de inicio y término varía según sea la bibliografía consultada pero prevalece un mayor porcentaje indicando su comienzo a los 10 años (64).

Ahora bien, para efecto de esta práctica dirigida, se tomará en cuenta como adolescentes aquella población cuyo rango abarca los 10 - 24 años. Sin embargo, debe ser tomado en cuenta variaciones según la persona, dependiendo la iniciación de fenómenos biológicos como lo es la pubertad; la finalización está determinada por hitos psicosociales como la adquisición de nuevos roles y responsabilidad (65).

Por su parte, dicho periodo se divide en tres etapas determinadas por “acontecimientos biológicos, cognitivos y sociales típicos” a saber: adolescencia temprana, comprendiendo de los 10 a 13 años; media de los 14 a 17 años y la tardía se ubica entre los 18 a 21 años (66).

Según sea la etapa en la que se encuentre, van a llevarse a cabo procesos a favor del desarrollo sexual del adolescente (66) y a su vez estos contribuyen en la conformación de la identidad al “[...] reconocerse, asumirse, aceptarse y actuar como un ser sexuado” (67).

#### **2.3.4. Sexualidad**

La sexualidad es un aspecto importante implícito en el ser humano e inherente de la salud en general (2) ya que es parte de las distintas etapas que conforman la vida de la persona (3) determinando de este modo “la forma como se relaciona, da afecto y comparte sentimientos, vivencias y pensamientos” (9).

Dado lo anterior, el concepto no se limita en un número reducido de aspectos, por el contrario, posee una definición extensa contemplando tanto el ámbito biológico como psicológico, espiritual, cultural y social (2)(9). A su vez, se encuentra influenciada por una amplia variedad de factores, variando la concepción en torno a las experiencias vivenciadas por las personas (68).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como

Aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se expresan o experimentan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (69).

En síntesis, la sexualidad no debe visualizarse erróneamente como estática ya que va a estar determinada por el tiempo y la historia de cada persona, siendo diferente en cada etapa del ciclo vital y según la edad que esta posea (6). A su vez, se

encuentra conformada por la dimensión biológica, psicológica, social y ética, desarrolladas a continuación.

### **2.3.5. Dimensiones de la sexualidad**

La sexualidad se encuentra conformada por cuatro dimensiones básicas que se relacionan entre sí (70) y “determinan en gran medida la biografía sexual de cada persona” (71). En este sentido y como serán desarrolladas a continuación, son: biológica, psicológica, social y ética (70) (72). Por lo tanto, para efectos de esta práctica dirigida, serán abordadas desde la etapa de la adolescencia.

#### **2.3.5.1. Dimensión biológica**

Los cambios que ocurren a nivel físico se caracterizan por presentarse de forma acelerada cuyo ritmo está determinado según sea el sexo (70) y la fase de la adolescencia que estén atravesando. Dicha dimensión biológica corresponde a la pubertad (73), ubicándose en la adolescencia temprana(74).

Son considerados como principales cambios los siguientes:

- Aumento de la velocidad de crecimiento del esqueleto, los músculos y las vísceras.
- Cambios específicos del sexo como por ejemplo la anchura de los hombros y la cadera.
- Cambio en la distribución del músculo y la grasa.
- Desarrollo del sistema reproductivo y características sexuales secundarias (70).

Complementando lo anterior, van a ser percibidos una serie de modificaciones que se efectúan de forma acelerada y con variaciones en el fenotipo. El desarrollo de los sucesos a nivel endocrino y neurofisiológico son los causantes de los cambios expresados (73).

Por lo tanto, a nivel hormonal la intervención va a estar dada por estructuras como el hipotálamo (70)(74), el cual induce la iniciación de la producción de hormonas en la glándula pituitaria. A su vez, estas estimulan glándulas endocrinas como la tiroides, adrenales y gónadas; determinando el inicio de la pubertad (74).

En este sentido, haciendo referencia a las niñas, el primer signo corresponde a la telarquia. Posteriormente, sucede la menarquia en un lapso de 2-4 años posterior a la manifestación anterior y la aparición del vello púbico (75); 24 meses posterior al último signo, aparece vello en las axilas (76). Referente al peso, el punto máximo de aumento se da aproximadamente de 3 a 6 meses del pico de crecimiento durante la adolescencia (75) que en este caso sucede alrededor de los 12 años (70).

En relación con los niños, la pubertad inicia usualmente 2 años después de las niñas, dándose en primer lugar el aumento del tamaño testicular y el escroto tiende a adelgazar; a los 6 meses, se lleva a cabo la adrenaquia; el crecimiento del vello facial se da aproximadamente a los 3 años del desarrollo del vello púbico (75). Además, entre los 12 - 16 años ocurre la espermarquia (76). En cuanto al peso, el punto máximo se da alrededor de los 3 meses posteriores al pico de crecimiento de la adolescencia (75), dándose este último a los 14 (70).

Retomando el crecimiento, va a encontrarse determinado por la correlación entre los sistemas endocrino y óseo. Por lo tanto, las hormonas implicadas en la conformación de la talla son la hormona del crecimiento, tiroxina, insulina y corticoides; en la mineralización ósea se encuentra involucrada la paratohormona, 1,25 dehidrocolecalciferol y calcitonina; la maduración ósea se produce por la acción de hormonas tiroideas, andrógenos adrenales y esteroides gonadales sexuales (77).

### **2.3.5.2. Dimensión psicológica**

Aunque la sexualidad es considerada generalmente desde la dimensión biológica, no debe ser obviada la implicación de otros aspectos cuya función radica en la modulación y control, como lo es la dimensión psicológica (78). En este sentido, los cambios de mayor relevancia durante la adolescencia se basan en los siguientes: lucha dependencia - independencia, imagen corporal, relación con grupo de iguales y conformación de la identidad (77).

En primer lugar, en la persona adolescente surgen modificaciones en cuanto a la relación interpersonal con sus respectivos padres y madres. Por lo cual, durante la adolescencia temprana, es esperable que se torne compleja debido a la labilidad emocional (77), percepción de la imperfección de dichas figuras (65) y la tendencia a

confrontarlos (77); además, hay un creciente deseo de independencia y menor interés por las actividades con la familia.

Por el contrario, en su lugar se encuentran los pares, quienes generalmente son del mismo sexo, va a presentar mayor dependencia a estos y surge la necesidad de contar con amistades exclusivas (65). Durante la adolescencia media, lo mencionado anteriormente, se va minimizando (77) y entra en juego las relaciones de pareja (65). Al llegar a la adolescencia tardía, la persona usualmente se caracteriza por “mayor, integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (77).

Por otra parte, la adolescencia es la etapa donde se le brinda especial importancia a la imagen corporal e inclusive podría convertirse en una preocupación (79). Al igual como sucedió con el aspecto anterior, conforme atraviesa las subetapas va a sufrir modificaciones, presentando diferencias en cada una de ellas.

En la adolescencia temprana, la persona le da mayor énfasis a los cambios corporales y la apariencia resultante, creyendo que las personas a su alrededor se encuentran igual de preocupadas y tenderían a realizar comentarios al respecto por dicha razón. Lo anterior ocasiona una mayor dedicación y tiempo al aspecto físico (65).

Además, incrementa el interés por la anatomía y fisiología, es decir, por temas como “menstruación, poluciones nocturnas, masturbación, tamaño de las mamas o el pene [...] la menarquia representa un hito para las mujeres” (65). Por lo tanto, en caso de no haber recibido una educación o preparación adecuada, podría conllevar a confusión y retraimiento (65).

Por otra parte, durante la adolescencia media existe fuerte influencia por el grupo de amigos, ocasionando la adopción de conductas y/o valores que rigen el grupo; ocurre aceptación del cuerpo, sentimiento de comodidad y menor preocupación, pero dedican mayor lapso en confeccionar su apariencia. Por último, en la adolescencia tardía, la autoimagen depende de cada persona; por lo general, existe la aceptación plena de los cambios experimentados y la imagen resultante (65).

Referente al desarrollo de la identidad, en la adolescencia temprana la visión del mundo es ideal, emergen dudas, hay disminución del control afectivo y de impulsos.

Además, existe aversión si perciben intervención por parte de los padres en sus situaciones ya que priva el deseo de intimidad (77).

Seguidamente, el pensamiento se torna con un mayor grado de abstracción, suelen ser más empáticos, creativos y generalmente asumen riesgos debido al sentimiento de omnipotencia. Al final de la adolescencia, el desenlace idóneo es que sean más realistas, racionales y comprometidos, a tal modo de consolidar “sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro” (77).

#### **2.3.5.3. Dimensión social**

La sexualidad no contempla a la persona como un ser individual ajeno a los acontecimientos a su alrededor, por el contrario, establece la existencia de fuerzas externas que influyen y determinan la construcción de esta.

En este sentido, el impacto ejercido por ciertos factores va a ser directamente proporcional a la época del momento y, por tanto, a los aspectos culturales y sociales predominantes (80). De forma específica, son descritos los siguientes: los pares, familias, religión a la que pertenece, nivel de instrucción, socialización primaria y secundaria (81).

A nivel de la sociedad, prevalecen normas usualmente reforzadas por las personas que la integran. En su consecuencia, se establecen “roles, prácticas y espacios a través de los cuales se legitima la socialización de la expresión de la sexualidad” (72). Con respecto a esto, hay una aceptación colectiva dirigida a dictaminar quien es merecedor de vivenciarla o de adquirir conocimientos al respecto, favoreciendo positiva o negativamente el contar con una sexualidad satisfactoria.

#### **2.3.5.4. Dimensión ética**

Se encuentra determinada por los valores que adquiere la persona en el transcurso de la vida, los cuales orientan la forma de ser, determinan el actuar y la vivencia con respecto a la sexualidad (72).

La familia como organismo social, debe involucrarse en la labor educativa, específicamente lo concerniente a la sexualidad basados en la libertad, dignidad e

igualdad por lo que, debe crearse un ambiente favorable en donde se refuercen los derechos sexuales de las personas como parte del desarrollo. Además, las personas experimentan su sexualidad de múltiples formas (82)

Aunado a lo anterior, la sexualidad se vivencia durante todo el ciclo vital de una persona y se compone de diferentes áreas y dimensiones, siendo la ética una de ellas, en donde resulta de gran relevancia el derecho que tienen las personas de recibir información correcta y clara sobre la sexualidad, en donde no se base únicamente en aspectos biológicos y anatómicos sino en las distintas dimensiones que integran a la persona (83)

Finalmente, los derechos sexuales y reproductivos necesitan garantizar el acceso a la información, servicios, como los de salud y apoyos necesarios para alcanzar una sexualidad libre, plena, sin discriminación y sin verse expuesto a ningún tipo de abuso o de violencia sexual (83).

### **2.3.6. Discapacidad**

A lo largo de la historia, surgen intentos de pasar del paradigma de rehabilitación al paradigma de la autonomía. El primero, contempla a la persona como un ser individual en el cual priva la atención en la deficiencia o alteraciones de la funcionalidad o estructuras corporales y, por tanto, “responde a un diagnóstico médico y se ha relacionado de forma unívoca y lineal con la discapacidad” (84); es decir, es meramente biológico. El segundo, surge debido a la disconformidad de las personas con discapacidad, desarrollándose dentro de este los modelos social y biopsicosocial (84).

Dado lo anterior, el concepto de discapacidad ha variado durante los años dependiendo del enfoque del modelo en el cual se posiciona el autor. Para efectos de la presente investigación, se analizará el modelo social regido bajo un enfoque de derechos humanos.

Dicho modelo establece que la discapacidad no es producto de aspectos religiosos o científicos, sino que está vinculado al aspecto social (24). Además, el modelo social “pone énfasis en la rehabilitación de una sociedad, que ha de ser concebida y

diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas, gestionando las diferencias e integrando la diversidad” (24).

Por lo anterior, se puede definir discapacidad desde el modelo social como

un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (85)

Como se evidencia previamente, la discapacidad se debe a una deficiencia en donde a su vez se define como

Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones (86).

Esto es apoyado por el mismo autor (86) quien expone que la discapacidad está influenciado no solo por el diagnóstico médico de las personas, sino por las limitantes físicas y sociales impuestas por el entorno donde se desarrolla, negándole una integración completa y funcional en la sociedad.

Por su parte, se establece que “una concepción optimista del desarrollo humano permite aseverar que la discapacidad es un constructo social, no es una consecuencia directa de las deficiencias de las personas, sino producto del ambiente social que no las asume” (87).

Estas tres definiciones están estrechamente relacionadas, ya que todas se basan en el modelo social. Como se evidenció previamente, es la sociedad quien les pone obstáculos a las personas con alguna deficiencia para su pleno desarrollo y crecimiento.

Este modelo se ha relacionado desde un enfoque de derechos humanos, el cual “implica dejar de considerar la persona con discapacidad como objeto de medidas asistenciales, de beneficencia o caridad y reconoce su condición de sujeto de derechos” (86).

A su vez, este pretende cambiar la perspectiva de creación de políticas en cada región, donde aquellas personas con discapacidad no se ven con requerimientos únicamente de asistencia, sino como sujetos con derechos a solicitar determinadas prestaciones y conductas. Las acciones ejecutadas en este ámbito deben ser el medio para exigir el cumplimiento de obligaciones por parte del Estado, siendo necesario mecanismos para darles seguimiento y hacerlas cumplir (88).

### **2.3.7. Discapacidad auditiva**

Dependiendo del modelo teórico, se han encontrado diferentes conceptos de discapacidad auditiva. Desde el modelo médico, se analiza desde la patología, siendo considerada como un déficit que afecta la capacidad lingüística y, por esa razón, debe ser curado pues el desarrollo cognitivo, comunicativo y lingüístico se relaciona con la lengua hablada (89).

Sin embargo, como se ha expuesto previamente, este modelo no permite analizar a la persona de manera integral; por lo que, desde un modelo social, la discapacidad auditiva se puede definir cómo:

La dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para percibir a través de la audición los sonidos del ambiente y dependiendo del grado de pérdida auditiva, los sonidos del lenguaje oral, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona (90).

Aunado a lo anterior, desde el enfoque social, se observa que la persona con discapacidad auditiva “posee una competencia comunicativa y lingüística al reconocer la lengua de señas como lengua natural” (89).

### **2.3.8. Cultura sorda y Persona sorda**

Los sordos, como grupo socio-cultural, conforman una comunidad con características propias, permitiéndoles relacionarse entre ellos y con la comunidad oyente de diferentes maneras. Esta población generalmente son personas visuales que desarrollan una lengua viso-gestual propia, la Lengua de Señas; incluso, al ser parte de una comunidad socio-cultural comparten historia, valores y tradiciones propios de este grupo (91).

Por su parte, Millar expuso la integración de la comunidad sorda como consecuencia a la formación de un subgrupo cuya comunicación es llevada a cabo de modo “visual-gestual”. La socialización entre ellos está basada en experiencias e intereses comunes por su sordera, la cual puede resultar congénita o adquirida a lo largo de su vida (92).

Esto es apoyado por otro autor, en donde establece desde una postura socio-antropológica que la comunidad sorda es una minoría lingüística en donde muchas de las personas presentan el bilingüismo (lengua de señas e idioma oral o escrito de su país). Uno de los principios fundamentales en la construcción de la identidad en ámbitos como la sexualidad en adolescentes sordos es el uso de la lengua de señas y la pertenencia a la comunidad lingüística minoritaria (27).

Por otra parte, se establece a las personas sordas como un grupo lingüístico, en el cual la lengua de señas es su primera lengua, por donde se transmiten los valores y creencias, demostrando el arraigo de su cultura. Además, esta autora menciona que dentro de la cultura se debe reconocer los modos de vida, creencias, valores y actitudes brindados por el aspecto cultural (93).

En este sentido, hay aspectos básicos a considerar al interactuar con personas sordas dictaminadas desde su cultura. Considerando algunas, se da énfasis al uso frecuente y prolongado de contacto visual; captar la atención de la persona y comunicarse antes de realizar una acción, no durante la misma; usar la estrategia de comunicación

preferida por la persona, en caso de la lectura de labios, hacer uso de elementos visuales, emplear palabras simples y con volumen y velocidad natural; solicitar a la persona la repetición de la información para confirmar la comprensión; considerar la iluminación y sonidos ambientales; entre otras (44).

Por otra parte, en caso de ser necesario un o una intérprete, es importante el involucramiento de la persona sorda por parte del emisor al hacer uso del contacto visual y dirigirse a esta. Además, en caso de requerir servicios de salud, es recomendable contratar dicho profesional para asegurar que la persona reciba la información sin filtros y pueda expresarse abiertamente de forma confidencial (44).

La relación de estos conceptos entre sí y con el marco teórico permitió que, previo a las intervenciones realizadas, se profundizara sobre la comunidad sorda y la implicación de estas en las personas y sus familias; así como de la construcción de los significados en su lengua materna para poder abordar integralmente las diferentes dimensiones de la sexualidad, y no enfocarse únicamente en el aspecto biológico. Así mismo, el concepto de familia permitió abrir la perspectiva sobre cómo las relaciones entre los distintos individuos puede generar un impacto en el desarrollo de las diferentes etapas de la adolescencia.

Finalmente, los conceptos obtenidos en el presente marco brindaron validez y sustento al accionar por parte de los estudiantes, por lo que con el objetivo de ampliar lo previamente mencionado y generar una mayor cohesión y conexión entre los conceptos y aspectos relevantes que abarcan, se creó un mapa para visualizarlo de mejor forma (Ver Anexo 1).

## **2.4. Marco Legal**

Con el objetivo de garantizar el pleno disfrute de los derechos en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, el estado decretó leyes para velar por su cumplimiento, estableciendo la oportunidad de acceder a dicha educación durante la etapa de la niñez y adolescencia.

Por otra parte, en la población con discapacidad también se decretaron leyes con la finalidad de proporcionarles el pleno disfrute de su salud sexual y reproductiva en igualdad de condiciones que el resto de la población. Para efectos de la población sorda, a través del reconocimiento de la Lengua de Señas Costarricense (LESCO) como lengua materna.

En el presente apartado, se presentan las diferentes normas, leyes y decretos relacionados a la sexualidad de la población en etapas de la niñez y adolescencia; personas con discapacidad y el reconocimiento de la LESCO cómo lengua materna, ya que resulta de gran relevancia para esta práctica dirigida.

### **2.4.1. Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva.**

De forma específica para el periodo de la adolescencia, surgió la Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva en respuesta al escaso amparo por ser considerada una población saludable (94). Sin embargo, no es suficiente la creación de las mismas, es fundamental que las personas en la etapa de la niñez y adolescencia posean conocimiento al respecto y hagan valer sus derechos.

Es por lo anterior que adquiere relevancia la implementación de acciones en edades tempranas con un enfoque caracterizado por ser integral (94), en el cual las leyes cumplen un papel esencial. Sin embargo, no es suficiente la creación de las mismas, sino que es fundamental que las personas en la etapa de la niñez y adolescencia posean conocimiento al respecto para que hagan valer sus derechos.

Además, se plantea el papel preponderante de la sexualidad en el desarrollo óptimo de la sociedad. Para alcanzarlo, es fundamental que las personas posean acceso a la educación en sexualidad, distinguida por altos estándares de calidad (95). Es

importante resaltar que el acceso debe ser universal, en el que no haya distinción o discriminación por presentar discapacidad, como establece la Ley 8661 y 9379.

#### **2.4.2. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo (Ley 8661)**

El artículo 25 inciso a de la Ley 8661, establece que “proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva” (85).

#### **2.4.3. Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (Ley 9379)**

Por su parte, el artículo 11 inciso d de la Ley 9379, tiene como objetivo “garantizar que la persona con discapacidad tenga acceso a información completa y accesible para que decida sobre sus derechos sexuales y reproductivos, en igualdad de condiciones con los demás” (96).

Una de las formas de proporcionar lo anterior, es la creación de programas aplicables a la población durante las etapas de niñez y adolescencia para que, mediante estos, las personas adolescentes puedan decidir basados en información accesible y actualizada.

#### **2.4.4. Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (Ley 7600).**

El artículo 15 de Ley 7600 establece que “el Ministerio de Educación Pública promoverá la formulación de programas que atiendan las necesidades educativas especiales y velará por ella, en todos los niveles de atención” (97).

#### **2.4.5. Código de la Niñez y la Adolescencia.**

En el artículo 58 del capítulo V del Código de Niñez y Adolescencia marca como obligación de autoridades educativas “propiciar la inclusión, en los programas educativos, de temas relacionados con la educación sexual” (98). De esta forma, es competencia del Ministerio de Educación Pública, ejecutar programas de educación sexual (9).

#### **2.4.6. Ley de Reconocimiento de Lenguaje de Señas Costarricense (LESCO) como lengua materna (Ley 9049).**

El artículo 1 de la Ley 9049 menciona que “se reconoce el lenguaje de señas costarricense (LESCO) como lengua materna de la comunidad sorda. El Estado, de conformidad con el artículo 78 de la Constitución Política, deberá garantizar a esta comunidad la prestación del servicio de educación obligatoria en su lengua materna” (99).

El artículo 3 de dicha ley propone lo siguiente: “corresponderá al Ministerio de Educación Pública incorporar, en sus programas educativos, los planes y las acciones para apoyar el estudio, la investigación y la divulgación del lenguaje de señas costarricense” (99).

A pesar de la existencia de dichas leyes, prevalecen niños, niñas y adolescentes desprovistos de educación óptima en sexualidad, debido a los siguientes aspectos: esta no cumple con sus expectativas debido a la falta de idoneidad de la información suministrada, no es suficiente, es errada y, en el peor de los casos, podría ser nula (94). Además, es evidente la carencia de dichos programas en las familias de personas sordas que contribuyan en el proceso de enseñanza, a pesar de ser su sociedad inmediata y ser su primera fuente de información.

Por último, es fundamental la existencia de leyes y programas educativos pero es igualmente importante el desarrollo de estrategias que favorezcan el proceso de aprendizaje de las personas sordas, de tal modo que obtengan acceso a una educación de calidad en temas de sexualidad. Además, deben ser consideradas a sus familias dentro del proceso debido al importante rol desempeñado en la educación de dicha población.

#### **2.4.7 Política Nacional de Sexualidad**

La Política Nacional de Sexualidad contempló la necesidad de brindar información sobre la temática a las personas para que realicen la toma de decisiones fundamentadas, minimizando las barreras en el acceso y asegurando el pleno disfrute de los derechos. Además, se aboga por el cambio perceptivo y la contemplación como un componente vital de la salud y el bienestar (100).

En esta misma línea, se estableció como condicionante para llevar a cabo la vivencia de una sexualidad integral, el hecho de contar con educación al respecto y desde distintos enfoques, con la finalidad de obtener respuestas a dudas, permitir el proceso reflexivo, actuar con responsabilidad y/o seguridad, y conocer los propios derechos para hacerlos valer (100).

Para lo mencionado, es pertinente tanto el involucramiento de la familia como dotarlas de herramientas funcionales con sus hijos e hijas; compromiso político para plantear estrategias dirigidas a promover su integralidad; políticas públicas con rutas claras que la fomenten y protejan; legislación vigente en aras de amparar los derechos. De la mano con lo anterior, es prioritario el conocimiento de dichos aspectos por parte de la población, procurando la exigencia y cumplimiento de los mismos (100).

Finalmente, esta política establece que los programas educativos sobre sexualidad integral deben estar libres de juicios de valor; en su lugar, debe proporcionar información verídica con bases científicas (100).

#### **2.4.8 Política Pública de la Persona Joven 2020-2024**

En esta Política se resaltan los derechos atribuibles a las personas jóvenes, tales como el acceso a la salud, permitiendo el disfrute en diferentes esferas como la física, mental y emocional; la responsabilidad del Estado para garantizar atención de calidad en materia de salud sexual y reproductiva; recibir educación sobre sexualidad; entre otros. Con respecto a este último, es de interés público su ejecución y promoción de seguridad e información (101).

Desde el punto de vista de la población, la educación debe contemplar aspectos como testimonios, charlas, talleres y espacios para tener la oportunidad de aclarar dudas. A su vez, los elementos a evitar radican en el adultocentrismo y emisión de criterios conservadores (101).

En síntesis, dentro de los lineamientos estratégicos se plantea la atención en salud sexual, formación para propiciar una sexualidad caracterizada por ser plena, libre y vivenciada con responsabilidad (101).

#### **2.4.9 Política Nacional de Enfermería**

La Política Nacional de Enfermería plantea el objetivo de fortalecer el compromiso de la disciplina con la sociedad en las diferentes etapas del ciclo vital, ya sea a nivel individual, familiar o comunitario. Lo anterior, a través de políticas que contribuyan en el cuidado de las personas y el desarrollo sostenible (17).

Específicamente para la población adolescente y en un plazo del 2011 al 2015 (103), fueron planteadas políticas dirigidas a propiciar el abordaje integral de la población en etapas de la niñez y adolescencia mediante la atención primaria renovada. En respuesta a esto, es necesario el diseño y ejecución de programas educativos sobre salud sexual, salud reproductiva, derechos, infecciones de transmisión sexual, entre otros (17).

Complementario a lo anterior, toma relevancia la presencia de profesionales de Enfermería en otros escenarios como los centros educativos, clínicas de la adolescencia y centros de salud en general (17). Por tanto, la disciplina contribuiría significativamente al estar presente en los espacios que capten dicha población, asegurando la atención integral mediante el Proceso de Enfermería y la satisfacción de necesidades identificadas.

El presente marco nos permite respaldar no solo de manera teórica sino también legal la importancia de una educación sobre la sexualidad en sus diferentes dimensiones en la población adolescente, en donde la responsabilidad no repercute exclusivamente en un único ente, pues es necesario el trabajo multisectorial entre la familia, personal de salud e instituciones públicas encargadas de esta población. Además, para la población con discapacidad resulta necesario brindar información de manera clara y entendible para evitar la discriminación.

Finalmente, la presente práctica dirigida toma en consideración los aspectos legales mencionados con el fin de generar estrategias útiles para las familias basadas en el marco jurídico costarricense, estando respaldado el accionar por parte de los facilitadores en el desarrollo del programa educativo.

# CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

El presente Trabajo Final de Graduación se rige bajo la modalidad de práctica dirigida debido a que los estudiantes a cargo emplearán los conocimientos adquiridos durante la Licenciatura en Enfermería con el objetivo de abordar una situación pertinente con personas que brinden la aprobación (102).

### **3.1. Lugar de la práctica**

Esta práctica dirigida, fue implementada bajo la modalidad virtual a través de la plataforma Zoom, lo cual permitió compartir información y actividades sincrónicas con las familias de distintas zonas de la Gran Área Metropolitana (GAM).

Esta aplicación fue seleccionada debido a la posibilidad de instalarla en diferentes dispositivos como teléfonos celulares, laptop y tablets; además permiten generar reuniones virtuales utilizando las videoconferencias, añadiendo un mayor dinamismo entre las personas participantes (103)

### **3.2 Población participante**

Se realizó una selección de doce familias participantes bajo el tipo de muestreo por conveniencia, el cual se caracteriza por ser no probabilística. Así mismo, plantea la inclusión de aquellas personas que accedan a participar, siendo conveniente por la proximidad de estas (104).

Por lo anterior, los facilitadores del programa educativo contactaron informantes claves con quienes se mantuvieron conversaciones en diferentes momentos, y se les solicitó que procedieran a contactar a familias con la disposición de formar parte de la práctica dirigida, indiferentemente de si su residencia era en zonas rurales o urbanas.

#### **3.2.1 Criterios de Elegibilidad**

- Inclusión: Familias de niños y niñas sordos de 9, 10, 11, 12 y 13 años conviviendo en el mismo espacio físico en zonas rurales o urbanas.

- Exclusión: Aquellas familias de hijos e hijas oyentes, o familias de hijas e hijos sordos que no tengan las edades solicitadas, no logren acceder a una red inalámbrica o un dispositivo electrónico que les permita conectarse a las plataformas solicitadas, no conozcan las plataformas con las que se trabaja y no tengan la disposición de aprender a usarlas.

### **3.3. Coordinación y entrada al campo:**

A lo largo de la carrera se tuvo contacto con población sorda en instituciones como el Centro Nacional de Educación Especial Fernando Centeno Güell (CNEEFCG), así como la participación de actividades académicas relacionadas con el abordaje de la población sorda, su desarrollo y comunicación. Además, se ha tenido un contacto extracurricular al estudiar la Lengua de Señas Costarricense (LESCO), generando un mayor interés en trabajar con esta población.

Por lo que, a raíz de la emergencia sanitaria producto de la enfermedad COVID-19, se procedió a contactar informantes clave, como lo son:

- Leonela González Vides, una intérprete y asesora técnica, quien ayudó a contactarnos con otras informantes clave.
- Giselle Ugalde Sánchez, profesora en el CNEEFCG en el departamento de Audición y Lenguaje y reconocida por las familias
- Dos madres participantes con las que se tuvo contacto previo y generaron el vínculo con otras familias dispuestas a participar en la Práctica Dirigida.

Retomando este último punto, se procedió a contactar a estas personas quienes se mostraron muy anuentes en contactar a otras familias a las que les podía interesar, llevándose a cabo por vía WhatsApp. Actualmente esta es una de las aplicaciones de mensajería más populares que permiten el intercambio de información y comunicación entre personas gracias a la creación de grupos por parte de las funciones disponibles (103).

Posteriormente, al acceder estas personas a brindar el número de celular a los estudiantes a cargo, se procedió a enviarles un mensaje privado detallando el nombre de los estudiantes, el tema de la práctica dirigida, y se indagó sobre la posibilidad de

realizar una reunión por el medio a convenir para brindar mayor información y resolver dudas.

Las sesiones para el primer contacto fueron realizadas mediante Zoom y videollamadas en WhatsApp según la disponibilidad de dichas familias durante los primeros 20 días del mes de junio del año 2020. Cabe resaltar que las mismas mostraron gran interés y disposición de integrarse al programa educativo; además, brindaron el consentimiento para ser agregadas a un grupo junto a las demás familias y estudiantes.

En cuanto a la asesoría técnica, surgió la necesidad de contar con una profesional experta en población sorda y cultura sorda con el objetivo de que fuera una guía para los estudiantes durante el proceso. Al indagar, fue recomendada la Mag. Leonela González Vides quien expresó estar de acuerdo en brindar asesoría. Lo anterior, se llevó a cabo mediante reuniones dentro de la Sede Rodrigo Facio en la que le eran expuestos avances y esta brindó recomendaciones al respecto.

#### **3.4. Fase Diagnóstica:**

La primera etapa de la fase diagnóstica se inició al contar con la anuencia de doce familias. En primera instancia, se realizó la lectura del documento del consentimiento informado (Ver Anexo 2) el cual se les hizo llegar vía WhatsApp a través de un formulario de Google con el objetivo que colocaran si estaban de acuerdo en participar en el programa educativo. Esta plataforma es la mejor herramienta para la digitalización de encuestas en línea; además, permite su publicación de manera sencilla a través de diferentes plataformas y sitios web, por medio de un URL generado por esta (105).

En segundo lugar, se mantuvo el envío de cuatro encuestas digitalizadas con preguntas abiertas y cerradas mediante formularios de Google cada semana (Ver Anexo 3); específicamente el del 22 al 28 de junio se tituló “Diagnóstico Individual” (Ver Anexo 3.1), con un total de 13 preguntas, tres de tipo abiertas y 10 cerradas. Seguidamente del 29 de junio al 05 de julio con “Disponibilidad para el Programa Educativo” (Ver Anexo 3.2), con 6 preguntas en total, dos abiertas y cuatro cerradas.

El siguiente formulario de Google correspondió a uno llamado “Datos para las Sesiones” (Ver Anexo 3.3) durante la semana del 06 al 12 de julio con un total de 10 preguntas en total, cuatro abiertas y seis cerradas y finalmente, del 20 al 26 de Julio con uno denominado “Temas de Sexualidad” con dos preguntas en total y ambas de tipo abiertas (Ver Anexo 3.4)

Estas preguntas responden a categorías relacionadas a la teoría de Afaf Meleis, con el fin de vincularla con datos sociodemográficos de las familias, recursos electrónicos con los que cuentan, disponibilidad de horario y con las necesidades de estas en cuanto a los temas de sexualidad que resultaban de gran importancia para esta fase.

Retomando el envío de formularios semanal, permitió mantener activas a las familias mientras se planificaba una sesión grupal sincrónica, la cual estuvo guiada por una serie de preguntas estratégicas para la obtención de datos pertinentes a este TFG (Ver Anexo 4).

Una vez concluida la obtención de información de forma sincrónica y asincrónica, se procedió a analizar todos los datos y clasificarlos en las categorías que se muestran en la siguiente tabla (Ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Categorías de análisis

Objetivo Específico	Teoría de Transiciones	Categoría	Sub categoría	Instrumento Diagnóstico	Preguntas
Realizar un diagnóstico de necesidades educativas en sexualidad de familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.	Tipos y Patrones	Situacional	Expectativas del rol	Formularios de google. Taller diagnóstico virtual	¿Las expectativas respecto a su rol parental cambiaron al conocer que su hijo o hija es una persona sorda?
		Del Desarrollo	Rol parental		Creen que su rol como padre/madre/encargado es diferente que el de una familia de oyentes?  ¿Cuáles son los temas que frecuentan hablar en su casa con su hijo/hija?  ¿Consideran necesario educar sobre sexualidad al niño/niña/adolescente?  ¿Han abordado el tema de sexualidad con los niños/niñas/adolescente?  ¿Cuáles creen que son los retos más frecuentes?  ¿Quién debería iniciar la conversación sobre sexualidad? ¿Por qué?
	Conciencia	Rol diferenciado de oyentes  Abordaje de temáticas cotidianas  Abordaje de temáticas de sexualidad  Necesidad de educación  Principales retos	Formularios de google. Taller diagnóstico virtual		
	Compromiso				
	Cambio y diferencia				
	Espacio de tiempo				
Propiedades de las transiciones	Puntos críticos y eventos				

					<p>¿Cuáles aspectos creen que son más necesarios que los niños/niñas/adolescentes conozcan sobre sexualidad?</p> <p>¿Consideran necesario que las familias se eduquen en temas de sexualidad?</p>
	<p>Condiciones de las transiciones: Facilitadoras e Inhibidoras</p>	<p>Personal</p>	<p>Nombre del niño (a) o adolescente</p> <p>Edad del niño (a) o adolescente</p> <p>Nombre del cuidador principal</p> <p>Correo electrónico</p> <p>Ocupación</p> <p>Parentesco del participante con el menor de edad</p> <p>Convivencia de otros familiares en casa</p> <p>Escolaridad</p>	<p>Formularios de google. Taller diagnóstico virtual</p>	<p>Nombre del niño (a) o adolescente</p> <p>Edad del niño (a) o adolescente</p> <p>Nombre Completo del cuidador principal</p> <p>Correo electrónico</p> <p>¿Usted trabaja?</p> <p>En caso de contestar sí en la respuesta anterior, ¿en qué trabaja?</p> <p>Parentesco con el niño (a) o adolescente</p> <p>Además de usted y el niño (a) o adolescente sordo ¿cuáles otras</p>

			<p>Ingresos económicos</p> <p>Accesibilidad a dispositivos electrónicos</p> <p>Conocimiento y utilización de plataformas virtuales</p> <p>Disponibilidad de participación</p>		<p>personas viven en su casa?</p> <p>¿Cuál es su nivel de escolaridad?</p> <p>¿El ingreso familiar es suficiente para cubrir las necesidades del hogar?</p> <p>Marque los dispositivos que tiene a su disposición para uso durante las sesiones</p> <p>¿Conoce alguna de estas plataformas?</p> <p>¿Cuáles de las anteriores podría utilizar para las sesiones del programa educativo?</p> <p>Día Disponible</p> <p>Espacio del día</p>
		Comunidad	<p>Lugar de Residencia</p> <p>Tipo de Desarrollo</p>		<p>¿Cuál es su lugar de residencia?</p> <p>Donde usted reside, ¿Es una zona urbana o rural?</p>
		Sociedad	<p>Accesibilidad a Internet</p> <p>Calidad del internet</p>		<p>¿Cuenta con internet en su hogar?</p>

					<p>En caso de tener internet en su hogar, marque las opciones por medio de las que obtiene este servicio</p> <p>En caso de tener internet en su hogar, ¿cómo califica su funcionamiento?</p>
	Patrones de Respuesta	Sentirse conectado	Comunicación del cuidador principal	Formularios de google. Taller diagnóstico virtual	Comunicación con la persona sorda
		Interactuar	Comunicación familiar		¿Cómo se comunican estas personas con el niño (a) o adolescente sordo?
	Terapéutica de Enfermería	Suplementación del rol	<p>Expectativas del programa</p> <p>Temáticas para que el personal aborde</p> <p>Metodologías para abordaje</p>	Formularios de google. Taller diagnóstico virtual	<p>¿Cuáles son sus expectativas con respecto al programa educativo?</p> <p>¿Cuáles temas sobre sexualidad desea que sean abordados por los estudiantes en el programa educativo?</p> <p>Recomiendan alguna metodología (estrategias) con la que se deban abordar las temáticas.</p>

Cuando las actividades descritas fueron completadas de forma satisfactoria, se procedió a la realización del diagnóstico de necesidades, cumpliendo con una serie de pasos detallados a continuación:

1. Clasificar la información obtenida en la valoración.
2. Ubicarla en las categorías descritas (Ver Tabla 1).
3. Obtener etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA.
4. Desarrollar el modelo AREA
5. Obtener el diagnóstico principal

Una vez que se obtuvo el diagnóstico principal, se establecieron sus NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) con las familias de los niños, niñas y adolescentes sordos. Finalmente, una vez fijado el diagnóstico principal, se procedió a la etapa de diseño y manualización.

### **3.5. Diseño y Manualización:**

El diseño se basó en el enfoque de una educación sexual integral, la cual visualiza a la persona como seres sexuados. Se define como las herramientas brindadas a las personas que permitan el desarrollo de habilidades, actitudes y conocimientos, propiciando el pleno disfrute de su sexualidad a nivel biológico, psicológico y social en siete ámbitos, a saber: género, salud sexual y reproductiva, ciudadanía sexual, placer, violencia, diversidad y las relaciones (106).

Dado lo anterior, se establecieron los siguientes objetivos en los cuales se basó el programa educativo, abarcando las dimensiones de la sexualidad mencionadas en el capítulo anterior.

- Explicar los cambios biológicos presentes en la pubertad y adolescencia.
- Especificar los principales cambios psicológicos presentes en la pubertad y adolescencia.
- Demostrar la relevancia de los sistemas sociales para una adecuada vivencia de la sexualidad en la niñez sorda.
- Orientar a las familias en los derechos sexuales de la niñez y adolescencia.

En este sentido, dicha intervención educativa puede ser relacionada con el paradigma de integración de Enfermería al cual pertenece la teoría utilizada. De igual manera, esta última también posee relación con el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA).

A su vez, los materiales empleados estuvieron basados en el DUA, el cual se encuentra sustentado en un enfoque innovador, estableciendo que cada persona presenta particularidades en el aprendizaje. No obstante, independientemente del número de personas, permite la comprensión óptima de las presentes mediante el uso de múltiples estrategias educativas (107). Esto permitió generar herramientas y estrategias accesibles a las familias, con énfasis en la población sorda.

La cantidad de sesiones estuvo determinada por las participantes y su disponibilidad; por lo que se realizaron 8 sesiones en total, divididas en 4 sesiones sincrónicas y 4 sesiones asincrónicas. Las sesiones sincrónicas fueron llevadas a cabo mediante la plataforma Zoom con una duración de 45 minutos a 1 hora y 15 minutos, en donde mediante diferentes actividades lúdicas se abordaron los temas de la sexualidad y fueron respondidas preguntas de las familias sobre el tema.

Durante las sesiones asincrónicas se realizaron preguntas mediante la plataforma de Kahoot (Ver Anexo 5), con el fin de evaluar el conocimiento de estas y reforzar el aprendizaje mediante la retroalimentación de los enunciados fallidos. Cuando se finalizó el diseño del programa, la siguiente etapa correspondió a la implementación.

### **3.6. Implementación:**

Al ser un programa educativo, cada una de las sesiones estuvo regida bajo el principio pedagógico DUA mediante talleres educativos virtuales ya que permite a las personas crear su propio conocimiento, profundizar en una temática de interés y desarrollar habilidades y destrezas (108), las cuales favorecen el desenvolvimiento óptimo acorde a la situación experimentada a nivel mundial.

Para efectos de esta práctica dirigida, los talleres virtuales fueron implementados de manera grupal y basados en las dimensiones de la sexualidad. Además, se utilizaron las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) las cuales se definen como la totalidad de tecnologías necesarias para almacenar, recuperar, procesar y comunicar la información que se pretende brindar (109).

Dado lo anterior, el uso de las TICs propicia el desarrollo integral de las familias durante el proceso de aprendizaje; mayor comprensión de los contenidos y, por lo tanto, garantiza la integración sólida de los mismos; permite la posesión de material de consulta y contribuye en la obtención de diferentes herramientas útiles para ser aplicadas con sus hijos e hijas.

En esta etapa, se asignó un puntaje inicial de manera grupal, con el fin de guiar a los estudiantes sobre el nivel de conocimiento que poseen cada uno de ellos sobre el tema a desarrollar en la sesión. De esta manera, permitió en la etapa siguiente evaluar si dicha puntuación aumentó con la intervención de los estudiantes.

Otro de los aspectos a utilizar correspondió a las escalas NOC para evaluar si el conocimiento aumentó, se mantuvo o disminuyó posterior al abordaje de los temas, con el fin de mantener las estrategias o modificarlas en función de las evaluaciones al final de cada sesión y las necesidades de la población.

Durante las tres primeras sesiones sincrónicas, las familias fueron conociendo gradualmente sobre sexualidad por lo que se destinó para la cuarta sesión un espacio en donde la temática estuviera dictada por las necesidades y recomendaciones de las familias en las tres primeras sesiones, así como la expresión grupal sobre la impresión de cada participante en relación con el programa educativo, aplicación de los conocimientos, herramientas adquiridas, y del desempeño del rol.

En esta sesión se utilizó la herramienta de grabar pantalla de los dispositivos empleados, con la previa autorización de las familias en cada sesión y en el consentimiento informado (Ver Anexo 2). El objetivo radicó en lograr captar todas las ideas planteadas por la familia, permitiendo brindar una puntuación luego de la intervención por parte de los estudiantes de Enfermería. Además, fue de utilidad para pedirles una evaluación de la intervención de manera general para conocer el grado de satisfacción de los mismos con respecto a la implementación del programa.

### **3.7. Evaluación:**

Se hicieron tres evaluaciones, dos de manera individual y una de manera grupal. Al finalizar cada una de las sesiones, se hizo una actividad final como cierre, que permitió a los estudiantes obtener una perspectiva del aprendizaje grupal, aclarar las dudas

pendientes y corregir los términos que no se encontraron del todo claros dentro de la construcción de significados, generados en la implementación.

En otro aspecto, de manera individual, se le envió a cada una de las participantes una escala de Likert (Ver Anexo 6), por medio de la aplicación WhatsApp, en la cual se logró medir la satisfacción con la sesión de cada día. Así mismo, se proporcionó un espacio para colocar las recomendaciones a considerar en la siguiente sesión sincrónica.

Aunado a lo anterior, se realizaron cuatro sesiones asincrónicas seguidas de cada sesión sincrónica con el fin de realizar una evaluación de los conocimientos adquiridos por las familias sobre las diferentes dimensiones de la sexualidad; dicha evaluación fue creada en la plataforma Kahoot! (Ver Anexo 5) y enviada por medio de la plataforma de mensajería de WhatsApp, dando un límite de una semana de tiempo.

La plataforma Kahoot! es una aplicación que permite el aprendizaje basado en juegos, la cual se utiliza para medir los conocimientos mediante evaluaciones formativas (110). Además, una de sus ventajas es que puede ser descargado en diferentes dispositivos electrónicos o mediante el sitio web, permitiendo una mayor apertura al acceso de esta (111).

Cuando se finalizó esta etapa, los estudiantes evaluaron el proceso en general de la Práctica Dirigida (Ver Anexo 7), tomando como base la Evaluación de Extensión Docente para valorar aspectos como: el grado de cumplimiento de objetivos y de las actividades establecidas; si el tiempo entre la duración de las sesiones y los temas a desarrollar eran adecuados; aceptación de la metodología utilizada, así como las intervenciones; idoneidad de los recursos; desempeño de los estudiantes y la participación de las familias.

### **3.8. Consideraciones éticas:**

En las diferentes actividades, las consideraciones éticas son un pilar fundamental para un correcto desarrollo y en esta práctica dirigida no es la excepción. A continuación, se desarrollarán aquellas que fungirán como bases en la presente práctica dirigida; estas serán basadas en el informe de Belmont en donde establece principios éticos básicos como el respeto, la beneficencia y la justicia; aplicándose por

medio del consentimiento informado, selección de personas y valoración de riesgos y beneficios.

Dicha práctica dirigida fue sometida a un comité de Trabajos Finales de Graduación quienes mediante la sesión 268-2019 (Ver Anexo 8.1) aprobaron su realización y en la sesión 277-2020 el cambio de población (Ver Anexo 8.2); además, los estudiantes que la realizaron concluyeron satisfactoriamente un curso de ética llevado a cabo en la Universidad de Costa Rica.

### **3.8.1. Respeto**

Se tratará a cada uno de los miembros de familia como seres autónomos capaces de tomar decisiones y la elección de participar debe ser voluntaria e informada, respetando siempre su capacidad de dimitir de la práctica dirigida.

En el caso de los menores de edad, según la ley 9234 en su artículo 17 (112) al ser algunos potencialmente menores de 12 años la aprobación será delegada al representante legal mediante un consentimiento de los mismos en todo momento que se trabaje con estos y en caso de ser mayores de 12 años pero menores de 18, se brindará un asentimiento informado.

### **3.8.2. Beneficencia**

Este principio consiste en brindar el mayor beneficio a todas las personas. Para efectos de esta práctica dirigida, se implementó a través del programa educativo y procurando el menor daño posible para las mismas.

### **3.8.3. Justicia**

Todos los participantes de la práctica dirigida fueron intervenidos de la misma forma, así como el trato recibido por parte de los estudiantes y su tutora en las sesiones respectivas.

## **3.9. Consentimiento Informado:**

Se le dio un consentimiento informado a cada participante en el cual se le explicó el propósito de la práctica dirigida, lo que se hizo en esta, sus respectivos riesgos y beneficios, se recordó sobre su participación voluntaria y la confidencialidad de la información recolectada y analizada (Ver Anexo 2).

# CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo tiene por objetivo mostrar los resultados obtenidos durante la Práctica Dirigida “Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020”. Estos serán confrontados con la Teoría de las Transiciones propuesta por la enfermera Afaf Ibrahim Meleis, así como con investigaciones relacionadas. A partir de los resultados derivados de la fase diagnóstica, se procederá a presentar la fase de planificación, fase ejecución y finalmente la fase de evaluación.

#### **4.1 Etapa I: Valoración**

El presente apartado plasma los resultados de la fase diagnóstica tanto a nivel grupal mediante la sesión realizada en la plataforma zoom (Ver Anexo 4), como individual a través del uso de formularios de Google (Ver Anexo 3). El objetivo radicó en la obtención de un panorama general de características propias de cada familia, desempeño del rol, concepciones sobre sexualidad, así como experiencias y vivencias, temas de interés a considerar e información pertinente para la ejecución virtual del programa educativo.

Cabe resaltar la importancia conferida a esta etapa, como es propuesto por la Teoría de las Transiciones, es crucial que el primer punto a considerar sea el entendimiento de todos los aspectos relacionados al proceso de transición desde la perspectiva de cada persona, así como las expectativas de estas para para que la transición sea llevada a cabo de forma saludable (51). Por lo tanto, Enfermería cuenta con un papel protagónico en la identificación de cambios y necesidades, siendo esto base para favorecer la preparación de la persona y posteriormente la suplementación del rol (52).

Por otra parte, para efectos de la presentación de los datos, se adjunta la siguiente tabla (Ver Tabla 2) en la que se plasma los acrónimos adjudicados a las personas participantes de la familia y los niños, niñas y adolescentes.

**Tabla 2.** Acrónimos de las familias, sus hijos e hijas y edad.

Madre// Padre	Niño, Niña o Adolescente	Edad del niño niña o adolescente
FADO	HA	10
FADA	HB	9
FALA	HC	11
FALI	HD	11
FAN	HE	11
FACR	HG	13
FAKA	HH	10
FAK// FAJ	HI	10
FACI	HJ	12
FAM	HK	9
FAA	HN	10

Seguidamente, se mostrarán los resultados, organizados según los conceptos medulares de la Teoría de las Transiciones.

#### **4.1.1. Tipos y Patrones**

La familia, al darse cuenta que su hijo o hija es una persona sorda, atraviesa por tres fases. A lo largo de este apartado, serán desarrolladas y relacionadas con la Teoría de las Transiciones.

En primer lugar, puede estar presente el estado de shock, caracterizándose por generar conmoción en las personas y propiciando la incredulidad al momento de serles proporcionada la noticia. La siguiente fase, corresponde a la reacción; los padres adquieren una mayor comprensión de la información, conllevando a la experimentación de sentimientos como rechazo, culpabilidad, ansiedad, entre otros (113).

Complementando lo anterior, las transiciones poseen como característica primaria el rechazo hacia la nueva realidad, propiciando el movimiento hacia el nuevo rol; es decir, la capacidad de las personas para avanzar en la transición va a depender de la competencia para pasar esta etapa. Seguidamente, se va a atravesar por un periodo

de desorientación, desintegración y descubrimiento, siendo en esta segunda fase donde se sufren transformaciones necesarias para poder continuar con la próxima etapa (114).

Sin embargo, las transiciones no siguen un patrón definido durante el proceso, debido a la existencia de factores determinantes del curso de esta en cada persona (51). A su vez, estas pueden desencadenar emociones de forma directamente proporcional a la dificultad de la o las transiciones (20), tal como se muestra a continuación.

*“[...] fue duro al principio, todo el mundo conoce a FAK y ella ha contado que el día que diagnosticaron HI sorda fue muy duro para ella [...] no podía creerlo en el hospital” (FAJ).*

Contrastando lo anterior, cuando una persona es sorda, la vivencia de la primera fase tiende a poseer una connotación diferente ya que se consideró al hijo como un igual y el shock, miedo y frustración no son sentimientos percibidos.

*“Desde mi perspectiva, es muy diferente a la de ellos porque yo soy sorda. Cuando nació, le hicieron el tamizaje y me dijeron que el examen salió mal; yo me sentí feliz por tener un hijo igual a mí entonces no iba a ser diferente a mí. Pero honestamente, yo me sorprendí, asusté o tuve miedo de trabajar y enfocarme para que mi hijo aprendiera a oralizar o leer labios, LESCO, escuela, escribir, leer.”*

(FAM).

De esta manera, son evidentes las variaciones entre las familias durante la transición experimentada; si bien se trata de la misma discapacidad, son las condiciones de las transiciones las responsables de pautar la respectiva vivencia. Además, el enfoque generado tuvo discrepancia, pues en la mayoría de las familias las emociones eran causa de la negación y, en el caso de FAM, existió proyección hacia el rol a asumir en las etapas siguientes de la vida. Por lo tanto, las transiciones se encuentran influenciadas por cierto grado de subjetividad.

Complementando lo mencionado, las transiciones atravesadas por una persona aunado a la influencia del entorno, pueden tener por consecuencia el desequilibrio entre demanda y respuesta. La forma de responder va a depender tanto de variables ambientales como personales (115).

En esta misma línea, entra a colación las expectativas. Las personas podrían tener plena conciencia de lo que esperan o en otros casos es probable que haya desconocimiento (116). En las familias participantes, hicieron mención sobre cómo las expectativas del rol parental cambiaron

*“HG es mi primera hija entonces que cambiara sí porque al ser la primera y sorda, es un mundo completamente diferente” (FACR).*

*“Sí, es que le cambia a uno, quiera o no le cambia” (FACI).*

*“Sí, la vida mía cambió totalmente” (FAA).*

Ahora bien, las expectativas tienen la probabilidad de encontrarse supeditadas por experiencias previas (116) propiciando incongruencia entre lo vivido y esperado. Para efectos de algunas de las familias, tal hecho radicó en que su hijo o hija primogénita era oyente; cambiando en gran medida la construcción preconcebida de su rol con el nacimiento de su hijo o hija sordo.

*“Para nosotros sí cambió porque una de mis hijas es oyente y nunca pensamos que íbamos a tener una niña sorda” (FAJ).*

*“Le cambia a uno porque es que digamos cuando uno tiene un hijo oyente [...] ellos crecen escuchando las cosas y uno no les explica tantas cosas, cómo hay que explicárselas a los sordos porque hay temas muy abstractos y hay que saber explicárselos muy bien” (FALI).*

Así mismo, la perspectiva en relación con el rol desempeñado en comparación con las familias de oyentes radicó en la concepción de grandes diferencias. Lo anterior no solo a nivel externo pues muchas de las personas participantes exaltaron diferencias percibidas en su rol debido a que tienen hijos o hijas mayores oyentes, por lo cual el cambio fue notorio; tal como se muestra a continuación:

*“Mi hija mayor desde los 3 años ya iba a un prekinder y a los 4 años ya sabía leer y escribir; con mi hija menor ha sido un poco más lento, entonces creo que sí ha cambiado, pero igual nos sentimos orgullosos de los logros de mi hija” (FAJ).*

*“Es muchísimo, muchísimo, muchísimo diferente” (FADO).*

*“Demasiado, es un reto, un reto diario” (FAC).*

Por otra parte, la tercera fase se refiere a la adaptación y aceptación de la noticia, caracterizada por la desaparición de sentimientos negativos, encuentra sentido a la nueva realidad y comienza visualizar el futuro (113)(114). Es decir, esta etapa brinda indicios de una transición saludable, la cual va a proveer habilidades y conductas necesarias para propiciar la gestión de situaciones o entornos (52). Según lo expresado por las familias, posteriormente completaron la transición de forma adecuada

*“He aprendido a sobrellevar todo esto. Es una experiencia única y linda” (FACR).*

*“Ahora amamos esta cultura, ya nos sentimos parte de ellos y no cambiaría a mi hija por nada. Si Dios nos la mandó es porque nosotros somos capaces de salir adelante” (FAJ).*

De este modo, el haber obtenido por resultado una transición saludable, propició la asunción y dominio del rol. A su vez, lo mencionado favorece el correcto desempeño del mismo y la posibilidad de llevar a cabo el afrontamiento pertinente en nuevas situaciones o entornos posteriores (20) por los que atravesaría la familia eventualmente. En caso contrario, al haberse encontrado en una insuficiencia del rol, podría colocar a la persona en una situación riesgosa en cada transición (117).

Actualmente, las familias tienen por común denominador la transición del desarrollo vivenciada en sus respectivos hijos o hijas. De esta manera, conlleva a los demás integrantes a atravesar una transición de tipo situacional. Según la teoría, esta propicia cambios a nivel de rol o educativo (118).

Dado lo previamente mencionado, los patrones de las transiciones presentes son la multiplicidad, pues hay dos tipos de transiciones experimentadas siendo estas la del desarrollo y la situacional; simultaneidad, dado que la del desarrollo y la situacional están presentes a la vez; complejidad, a causa de una serie de factores implicados que serán explicados en los siguientes apartados; por último la relación (119), siendo evidente en lo expuesto y ejemplificado posteriormente.

#### 4.1.2. Propiedades de la Transición

Según lo expuesto por Afaf Meleis, existen 5 propiedades de la transición, a saber: conciencia, compromiso, cambio y diferencia, lapso de tiempo y eventos críticos; siendo estos abordados a continuación.

Mediante la conciencia, las familias reconocen que se encuentran en una transición (119). En este sentido, la persona debe estar consciente de los cambios, de lo contrario, no podría decirse que está atravesando por esta (19)(21)(51). Lo anterior, coincide con lo expresado por todas las familias, pues conocen que los niños, niñas o adolescentes están atravesando por una transición del desarrollo

*“Estamos en la etapa que está creciendo, pasa de ser niña a preadolescente [...] este es el tema que hemos estado viendo en mi familia de cuáles van a ser los cambios.” (FAJ).*

Lo anterior surge como producto de los cambios a nivel físico, psicosocial y emocional en la transición hacia la adolescencia (13), propiciando la aparición de dudas relacionadas a lo vivenciado en sí mismo o misma en determinado momento (15). En este sentido, las familias han incluido temas sobre sexualidad en su cotidianidad, los cuales han presentado la tendencia de ir aumentando en complejidad; tal como se muestra a continuación:

*“Lo más normal, me pregunta que cuando puede tener novia, de ahí en fuera todo es algo muy adentro en el tema de lo que me pregunta. HD es muy curioso entonces me pregunta cosas muy profundas y muy directas” (FALI).*

En esta misma línea, es evidente el interés y curiosidad sobre sexualidad potenciado en esta etapa. Contrario a lo transmitido por el saber popular, la sexualidad es un aspecto trascendental de la personalidad y, por el hecho de ser humanos, se encuentra siempre presente (120). Por lo tanto, es equívoco creer la ausencia de esta en personas sordas.

Así mismo, muchas de las inquietudes se generan por los cambios captados en su grupo de pares o inclusive por lo percibido en otras personas (15), quedando clara la influencia del entorno en el desarrollo de la transición (19)(21)(51). En este sentido,

se identificó el aumento del interés en dicha población al observar conductas en otras personas, como fue mencionado por las familias

*“A HB le ha agarrado por decir que está embarazada. Se levanta la camisa y empieza a hacer la pancita para adentro y para afuera; dice que el bebé le está pegando patadas” (FADA).*

*“Escuchó la palabra y hubo que explicarle que significaba la palabra “playo” verdad [...]” (FALI).*

*“Yo tengo una amiga así... para HJ fue así un “boom”: ¿qué era?, ¿qué había pasado ahí?, ¿cómo dos mujeres de la mano? Entonces ya yo tuve que explicarle, que esa era la preferencia que ella tenía [...]” (FACI).*

*“HN fue en el bus que vio a dos muchachos en la parada, se estaban toqueteando y entonces subieron y se daban besos. HN iba sudando frío. Cuando llegamos a la casa le dije que me dijera que qué era, yo había notado que era eso, y me dijo que ¿por qué dos hombres se iban a dar besos en la boca?, ¿por qué se daban la mano?” (FAA).*

Por su parte, retomando las propiedades de las transiciones, la conciencia se encuentra íntimamente relacionada con el compromiso, pues no puede existir sin la primera (19)(21)(51)(119). Frecuentemente las familias han demostrado su compromiso para mejorar su rol, tal como fue comentado

*“[...] ellos solo ven y a veces no entienden o entiende lo contrario y hay que explicarles muy bien las cosas [...] A HD nadie le va a decir eso porque está con oyentes, entonces él llega con dudas y hay que sacárselas a como dé lugar” (FALI).*

Mediante lo expresado, se denota el compromiso que han tenido por asumir el rol en educación sobre temas relacionados a las dimensiones de la sexualidad. Todas las familias creyeron fundamental educar a dicha población al respecto, siendo necesario asesorarse para lograr desempeñar su rol de forma satisfactoria.

Por consiguiente, es evidente la presencia de la propiedad de cambio, específicamente en el rol. De este modo, se propicia el direccionamiento o movimiento

de los procesos ocurrientes tanto a nivel interno como externo (52) de las personas miembro de la familia.

En relación a la propiedad de diferencia, está conformada por expectativas insatisfechas (21). Si estas experiencias previas no son canalizadas de forma óptima, van a ejercer influencia significativa en la transición actual (20). El hecho de haberse adaptado y aceptado el cambio años atrás, propicia la asunción del rol y aumenta la probabilidad de obtener una transición saludable; para efectos de esta práctica dirigida, comprende el paso de la niñez a la adolescencia.

Es fundamental abordar las expectativas actuales para el desempeño del rol, lo cual puede lograrse a través de la valoración de la transición. De esta manera, se permite determinar objetivamente las necesidades de las personas (52), siendo identificado en las familias participantes el ámbito educacional como prioritario.

*“Para nosotros es el cambio de mi hija, es lo que más nos gustaría irle explicando”  
(FAJ).*

*“Es el cambio de niño a adolescente, desarrollo... necesito saber más de este tema para poderlo explicar a ella” (FACR).*

*“A mí me interesa más el tema de cómo educarlo en temas como protección, futuro, sexualidad” (FAM).*

*“Bueno a mí sí me interesa eso de la menstruación, porque yo no lo he pasado, pero sí me da miedo cuando llegue a pasar, no sé cómo explicarle” (FADA).*

*“Por las condiciones especiales de mi hijo (aparte de la sordera) necesito que aprenda sobre la privacidad y el pudor ya que él cero malicia podría caminar desnudo por cualquier parte sin problema alguno” (FALA).*

*“Explicar con claridad en qué consiste la sexualidad utilizando términos apropiados para los niños y así mismo ellos logren comprender” (FAM).*

Por otra parte, los eventos críticos se encuentran relacionados con una mayor conciencia (52)(119). Lo plasmado en este apartado, conlleva a una serie de retos

orientados en la transmisión de la información; precisados a lo largo del proceso, los cuales fueron expresados y compartidos entre las familias

*“Yo siento que el mayor reto es no poder explicar con palabras todos estos temas, no es fácil. Por eso necesito ayuda de un profesional sobre cómo se le puede enseñar” (FAM).*

*“[...] Cuando tiene sensaciones y eso, explicarles que ellos no pueden estarse tocando en público, tiene que ser privado. Con HA. Antes me pasaba en eso todo el día. La profesora me dijo que le teníamos que explicar que no podía estar en la clase tocándose ahí. Siento que eso es un reto, es bastante difícil hacerlo que entienda eso y que sepa, que se respete el mismo para que otras personas no lo estén viendo” (FADO).*

*“Cosas como las que nos van a enseñar, no sabría cómo decírselo a ellas” (FACR).*

Por otra parte, otro de los retos identificados a los que se enfrentan las familias es la confianza predominante hacia uno de los miembros. Ha sido comprobado que los temas abordados van a depender de si son desarrollados con los papás o las mamás, siendo esta última a quien mayormente se dirigen. Uno de los padres comentó lo siguiente

*“Yo casi no me meto, debería, pero no me meto mucho en eso, FAK es la que se sienta con ella. Lo que sí le explicamos es que tiene que cuidarse más, tener cuidado con las personas que, si alguien le hace algo que nos cuente, tener la confianza, no tener miedo. Yo siento que esos son mis temores como papá, pero FAK es la que más conversa con ella estos temas, yo las escucho, pero a veces mejor las dejo porque ya mi hija a veces le da vergüenza y me dice “salga porque estoy hablando con mamá” entonces hay que respetar eso porque es un momento que tienen que compartir” (FAJ).*

Desde la perspectiva de Meleis, todo lo anteriormente expuesto conlleva a la necesidad de propiciar la suplementación del rol. De este modo, se prevendría la potencial insuficiencia del rol y, por consiguiente, el desenvolvimiento de una transición no saludable (19)(53).

Por último, se muestra a continuación una tabla (Ver Tabla 3) que resume los principales puntos abordados en este apartado.

**Tabla 3.** Tipos, patrones y propiedades de las transiciones.

Naturaleza de la transición en familias con niños, niñas y adolescentes sordos
Tipo: Situacional, Desarrollo
Patrón: Múltiple, Simultánea, Compleja y Relación.
Propiedades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencia: De los eventos producto de la transición del desarrollo.</li> <li>• Compromiso: De desempeñar su rol en el ámbito educativo.</li> <li>• Cambio y diferencia: Roles y expectativas.</li> <li>• Tiempo de transición: Inicio con signos de anticipación como necesidades en educación sobre sexualidad.</li> <li>• Eventos críticos: Retos para transmitir la información.</li> </ul>

#### 4.1.3. Condiciones de las Transiciones

Desde la Teoría de las Transiciones, fue expuesta la importancia de entender el significado de la transición directamente de las personas implicadas, dada la posibilidad de factores existentes y contribuyentes en la facilitación o inhibición del proceso y/o resultado. Estos pueden clasificarse en personales, comunitarios y sociales (52)(119).

Respecto a los factores personales, están integrados por significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico, preparación y conocimiento (52). En relación con el significado y como se ha aclarado a lo largo de esta etapa de valoración, las familias se encontraron conscientes de las transiciones en las que se encuentran.

Por su parte, las creencias y actitudes culturales, influyen en la experiencia de la transición (52). Ante temas vinculados a relaciones entre parejas del mismo sexo y las consultas de su hijo o hija derivadas al respecto, las familias brindaron información sobre el respeto y decisiones propias de cada persona. Sin embargo, en algunas de las familias prevalece la influencia de la religión en su discurso, siendo ejemplificado a continuación:

*“Para mi criterio, yo me crié en las cosas de Dios y así. Yo le dije que a Diosito no le gustaba, que Él había creado para que se hicieran pareja el hombre y la mujer pero que ya esa amiga grande había decidido que le gustaban las mujeres y había que respetarla; que a mí no me gustaba pero que yo la respetaba” (FACI).*

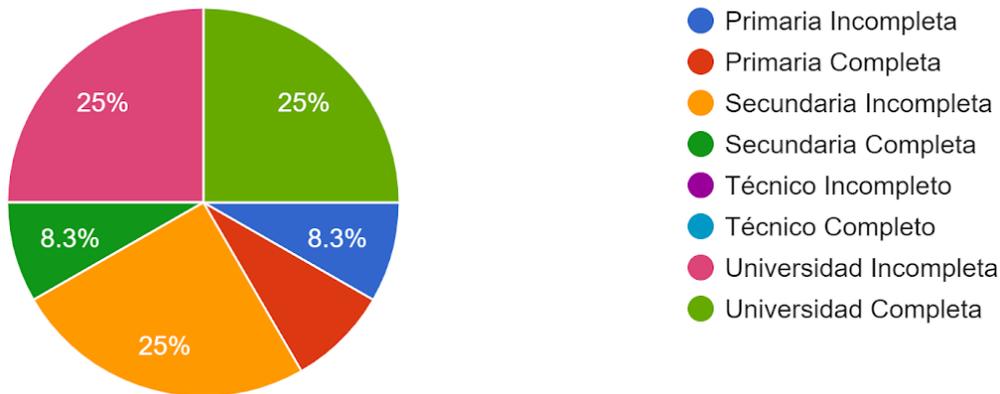
*“Yo igual soy creyente. Dios hizo al hombre y a la mujer para casarse y tener hijos. Les tenía miedo después, pero yo le expliqué que no son malas personas, que había que respetarlos, que no se asustara y que era casi normal” (FAA).*

Por lo tanto, la construcción de la sexualidad y la educación sobre temas asociados a sus dimensiones no depende exclusivamente de la persona; por el contrario, ejercen influencia una serie de factores e inclusive estos son pasados de generación a generación, tal como aspectos religiosos. Lo anterior se encuentra fundamentado desde la teoría de Meleis pues considera que tanto los procesos como resultados van a estar configurados por la persona y de manera importante por el entorno (19)(51).

Tanto el punto de vista religioso como la comunicación inefectiva con la familia, propicia el aumento de la vulnerabilidad de las personas sordas y mayor probabilidad de presentar experiencias caracterizadas por ser mayoritariamente negativas (95). Por esta razón es de importancia adaptar la educación en sexualidad del programa educativo tomando en cuenta esta variable, a modo de satisfacer de forma óptima las necesidades de las familias e indirectamente de los niños, niñas y adolescentes sordos.

Así mismo, el estado socioeconómico también ejerce influencia en la experiencia de la transición (52). De esta manera, resulta fundamental determinar aspectos como la escolaridad, condición laboral, ingreso familiar y dispositivos disponibles para acceder a las sesiones.

Las participantes son las mamás del niño, niña o adolescente sordo. Los grados académicos son variados, fungiendo tanto como una condición inhibitoria o facilitadora. A continuación, se muestra el gráfico especificando estos datos (Ver Figura 3)



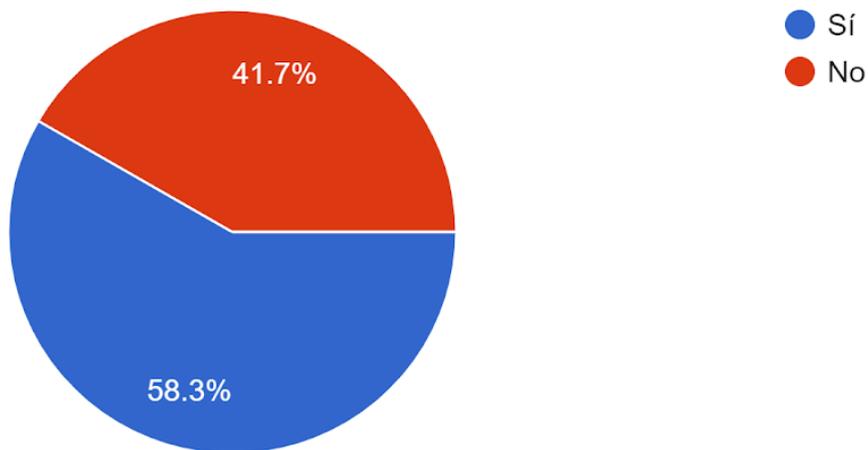
**Figura 3.** Nivel de escolaridad.

Del total de 12 miembros representantes de cada familia, 3 alcanzaron el grado universitario completo; 3 universitaria incompleta; 3 secundaria incompleta; 1 secundaria completa, 1 primaria completa; 1 primaria incompleta. Desde la Terapéutica de Enfermería resulta fundamental tomar en cuenta estos datos pues va a determinar la forma ideal del desarrollo de las sesiones.

Las familias llevan a cabo un rol fundamental en la crianza de los niños, niñas y adolescentes. Por lo tanto, es relevante la implementación de una educación caracterizada por ser provechosa y de utilidad para el desarrollo de estos. Lo anterior, depende del nivel de escolaridad de la familia: cuanto mayor sea el grado académico, mayor será la idoneidad y competencia de estos para poder desempeñar su rol con calidad (121), y satisfacer las necesidades de dicha población.

Así mismo, ha sido descrita la existencia de factores con injerencia en la comunicación de las familias con sus respectivos hijos o hijas, determinando la relación directamente proporcional con el nivel de escolaridad. Por consiguiente, la probabilidad aumenta en un ambiente donde el logro académico es mayor (29).

A su vez, la escolaridad tiene relación con el tipo de trabajo y los ingresos (122). En cuanto al primero, se obtuvo los siguientes datos (Ver Figura 4).

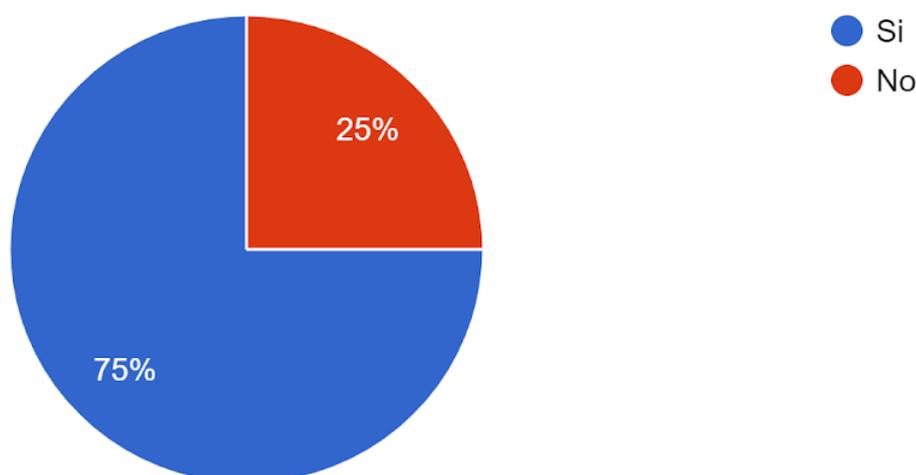


**Figura 4.** Relación empleo – desempleo.

Con relación al gráfico anterior, 7 de 12 mujeres contaron con trabajo en el momento de la obtención de los datos, dedicándose a las siguientes labores

- Estilista a domicilio.
- Técnica de soporte en informática.
- Policía penitenciaria.
- Analista de crédito.
- Maestra de primaria.
- Manualidades y peinados. Además, empleada doméstica.
- Funcionaria en call center.

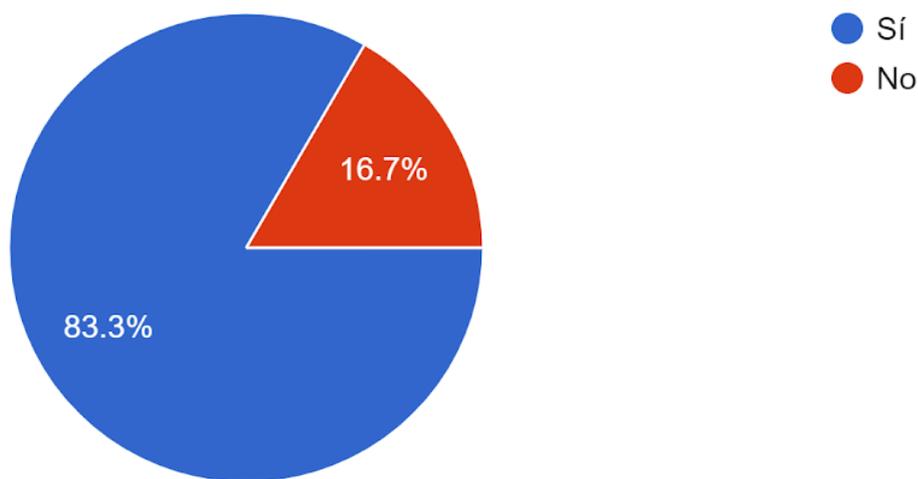
Así mismo, se obtuvo los siguientes datos de los ingresos familiares (Ver Figura 5):



**Figura 5.** Satisfacción de necesidades mediante los ingresos económicos

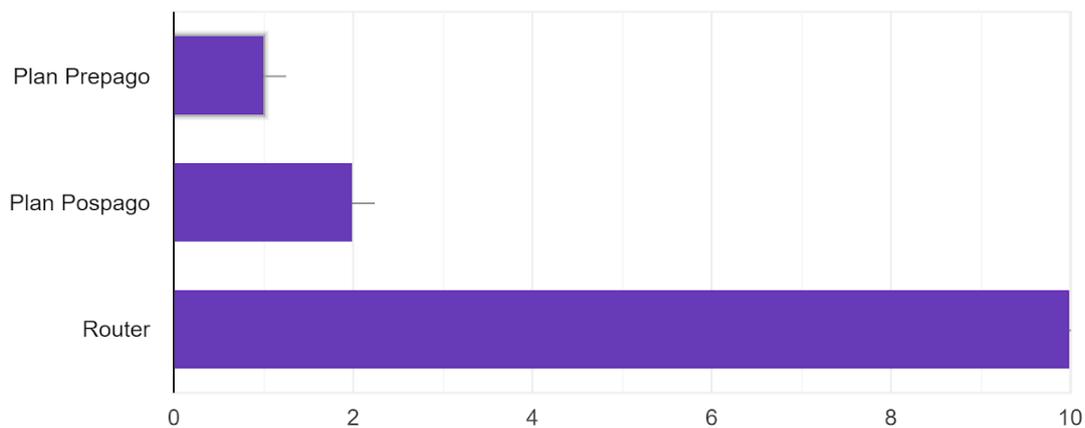
De este modo, 3 de las 12 familias no cuentan con los ingresos suficientes para satisfacer las necesidades del hogar. Lo mencionado, fue de importancia conocerlo debido a la situación del país, dada la necesidad de implementar las etapas de la práctica dirigida a través de la virtualidad. A continuación, se hace referencia a datos sobre el internet, dispositivos y plataformas.

En cuanto a los servicios de internet, tiene un componente personal dado la posibilidad económica de las familias para obtenerlo, así como social determinada por los proveedores de internet. El siguiente gráfico muestra las familias que cuentan con este (Ver Figura 6):



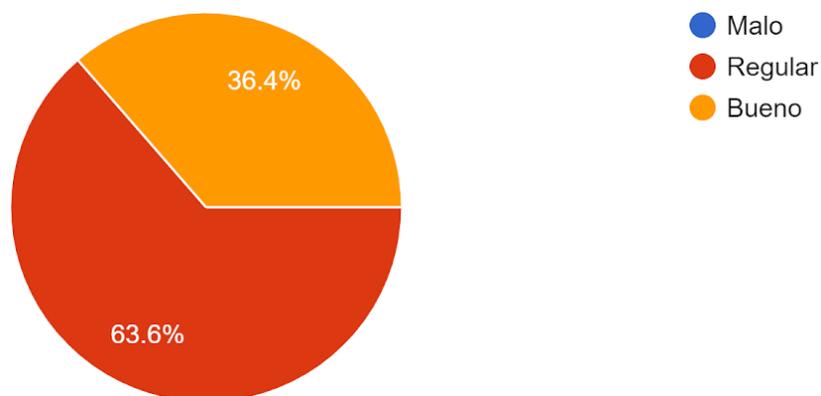
**Figura 6.** Familias con servicio de internet en el hogar.

De este modo, dos de las familias no cuentan con este servicio en sus hogares. En alusión a las personas con internet, se ha obtenido generalmente a través de los siguientes medios (Ver Figura 7):



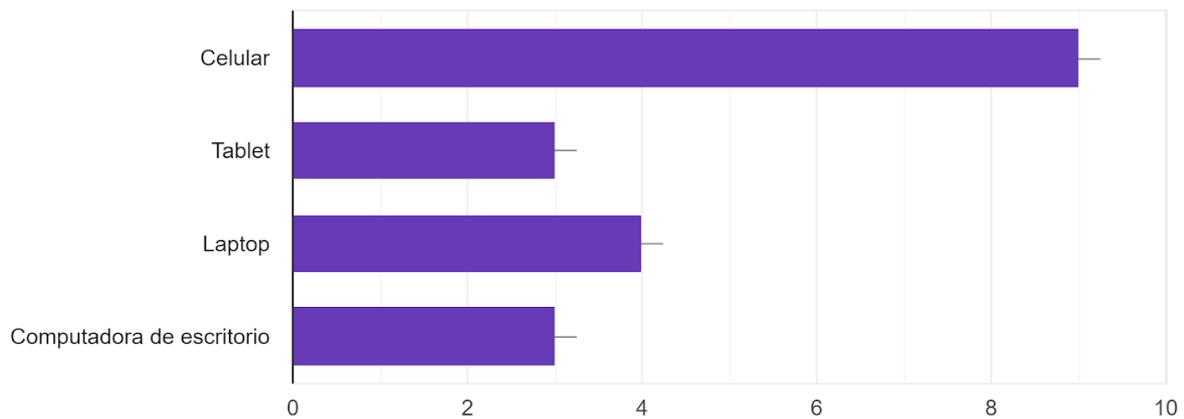
**Figura 7.** Obtención del servicio de internet.

La mayoría de las familias contaron con un router. A su vez, dos de las familias lo adquirieron por medio de un plan pospago y una por plan prepago. Con respecto a su funcionamiento, siete familias lo calificaron como regular y cuatro como bueno, tal como se muestra a continuación (Ver Figura 8):



**Figura 8.** Funcionamiento del servicio de Internet.

A su vez, en el gráfico posterior, se especifican los dispositivos disponibles para el desarrollo de las sesiones (Ver Figura 9):



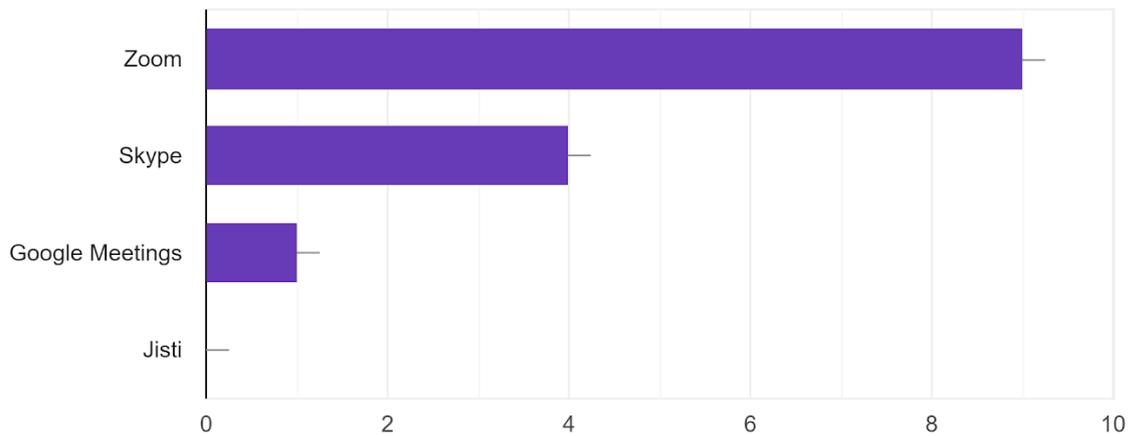
**Figura 9.** Dispositivos para el uso durante las sesiones.

El dispositivo con mayor probabilidad de empleo fue el celular; en segundo lugar, cuatro de las familias podían hacer uso de la laptop; finalmente, la tablet y computadora de escritorio, estando presente en los hogares de tres de las participantes.

De este modo, se observó cómo la condición económica podría fungir como un factor inhibitorio para algunas de las familias dada la baja escolaridad, ingresos económicos incapaces de cubrir las necesidades básicas como el internet o la adquisición de dispositivos tecnológicos.

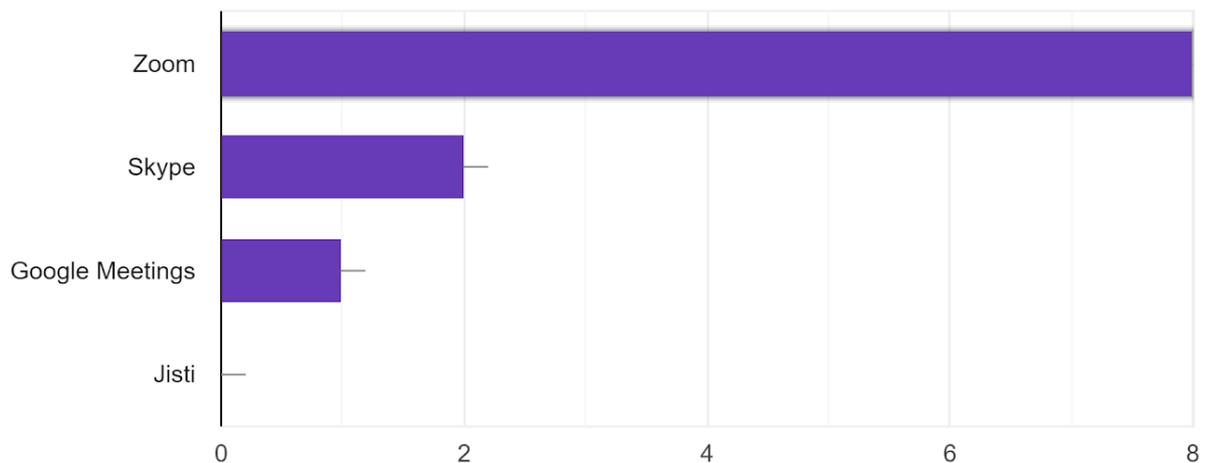
Siguiendo en la misma línea de las condiciones de las transiciones, el conocimiento también posee un papel importante. Según la teoría, estos tienen la tendencia de influir en los resultados e inclusive podrían ser insuficientes en la satisfacción de las nuevas demandas (19).

Relacionado a lo anterior, es crucial el conocimiento de las familias en plataformas para facilitar el desarrollo del programa educativo. Al indagar, se obtuvo los siguientes datos (Ver Figura 10):



**Figura 10.** Conocimiento de plataformas.

Por lo tanto, la plataforma más conocida es Zoom, en menor medida Skype y Google Meetings. Por su parte, Jisti no obtuvo votos. Al interrogar acerca de la preferida para emplearla durante las sesiones sincrónicas, la mayoría eligió Zoom (Ver Figura 11):



**Figura 11.** Plataforma para la implementación de las sesiones sincrónicas.

Dado el desconocimiento acerca de la plataforma por parte de algunas familias, fue importante modificar este factor inhibitorio previo a las sesiones programadas. Se brindó una orientación detallada e individualizada acerca de la forma de descarga y elementos importantes a considerar sobre su uso.

Retomando la condición de la transición relacionada al conocimiento, es fundamental la adquisición de nueva información, así como habilidades durante la transición (19). En este sentido, hubo conciencia sobre los temas de mayor prioridad para las familias en la transición por la que han estado atravesando, los cuales van a ser expuestos en las siguientes páginas.

En relación con la habilidad, tal como se expuso anteriormente en el apartado de propiedades de las transiciones, todas las familias concordaron en la necesidad de adquirir herramientas que les permita transmitir la información a sus respectivos hijos e hijas.

A su vez, la concepción presentada acerca de la sexualidad contempló varias de las dimensiones y no se limitó únicamente al aspecto biológico, pues concordaron en la integración de otra gama de posibilidades:

*“Es que no es solo el sexo, abarca muchas cosas” (FALI).*

*“Bueno lo que yo tengo entendido de la sexualidad es lo que nos gusta, conocernos el cuerpo, no es como exactamente solo tener sexo y eso” (FADO).*

*“Exactamente, enseñarles a que conozcan su cuerpo y todas esas cosas, no es solo el sexo, abarca muchas cosas” (FADA).*

Sin embargo, no fueron mencionados aspectos relevantes pertenecientes a la sexualidad. Si bien, reconocen la amplitud del concepto debido al énfasis brindado en no encasillarse únicamente desde la dimensión biológica; a pesar de ello, no fue determinado de forma específica otros de sus componentes y, en su lugar, se tendió a generalizar.

Es adecuado tener presente la evolución del concepto, presentando a lo largo del tiempo la influencia social en su construcción, así como de factores socioeconómicos, edad, sexo, rol de género, etnia, entre otros. La sexualidad no es ajena a la identidad, siendo esta última conformada durante la etapa de la adolescencia. Es por esta razón trascendental el fomento del desarrollo sexual saludable durante dicha etapa (123).

Al ser las familias sus principales fuentes de información, debe haber una concepción acertada de la sexualidad. De este modo, permitiría la implementación de una educación integral, contextualizada, situada e inclusiva de los niños, niñas y adolescentes (123).

La última de las condiciones de las transiciones corresponde a la preparación. Al igual como fue mencionado en las anteriores, puede fungir como un factor inhibitorio si hay

carencia de esta o facilitador en caso de poseer preparación que se caracterice por ser anticipada (52).

Con respecto al abordaje en temas sobre sexualidad, las familias dieron a conocer lo siguiente:

*“No, mi hijo tiene 9 años, pero sí hemos hablado un poquito y muy básico, por ejemplo como se hacen los bebés porque me pregunta mucho. Yo honestamente necesito ahora saber cómo explicarlo sobre sexualidad con la ayuda de ustedes porque no es lo mismo explicarle a un niño mayor a 12 años o de nueve” (FAM).*

*“HD se molesta. Cuando él empezó a sentir sensaciones y el pene se le para, entonces él se enojaba y me decía que ¿por qué le pasaba eso? que él no quería, hasta llegó un día a decir que él quería cortárselo, que después la gente lo veía que tenía el pene parado y es algo que hay que saber explicarles muy bien. A HD nadie le va a decir eso porque está con oyentes, entonces él llega con dudas y hay que sacárselas a como dé lugar” (FALI).*

*“Mi esposa y su hermana sí han conversado con ella porque ya tiene cambios y se va viendo el cambio en su cuerpo. Ellas se han encargado de irle explicando, pero sí necesitamos ayuda de otras personas que nos puedan informar” (FAJ).*

La familia desempeña un rol de suma importancia en el desarrollo de los miembros, al ser el primer ambiente social. Por consiguiente, debe considerarse preparar a dichas personas en temas esenciales sobre la sexualidad (124) respondiendo a las necesidades de sus hijos e hijas.

Es importante destacar la pertinencia de una respuesta inmediata, oportuna y verídica ante las consultas de los hijos e hijas para asegurar la evacuación satisfactoria de sus necesidades, pues podrían recurrir a su grupo de pares u otra fuente no confiable, aumentando la probabilidad de obtener información tergiversada (24). Ante esta situación las familias agregaron lo siguiente:

*“Con los sordos es muy diferente porque entre ellos mismos se ponen a hablar y tal vez entre ellos no tienen la información, porque no lo han escuchado y tal vez no saben ciertas cosas” (FADO).*

Ante este panorama, las participantes se encontraron conscientes de la importancia de su rol. Las familias deben ser las principales implicadas en el proceso para dotar de información a sus hijos e hijas, lo cual asegura la vivencia de una sexualidad segura.

En esta misma línea, trabajar en un entorno donde predomine la confianza es vital pues ha sido comprobado que generalmente son los niños, niñas y adolescentes quienes inician la conversación relacionada a temas pertenecientes a la sexualidad (25), tal como lo confirmaron algunas de las participantes

*“En mi caso mi hija” (FAJ).*

*“Mi hijo, él es el que empieza” (FAM).*

Al darse de esta manera, la información debe ser desarrollada de forma precisa, abarcando elementos importantes y sin prejuicios. En efecto, es ideal llevarlo a cabo de esta manera, lo cual permite a dicha población la toma de decisiones saludables y seguras (125).

En contraposición, una de las participantes dio a conocer lo siguiente

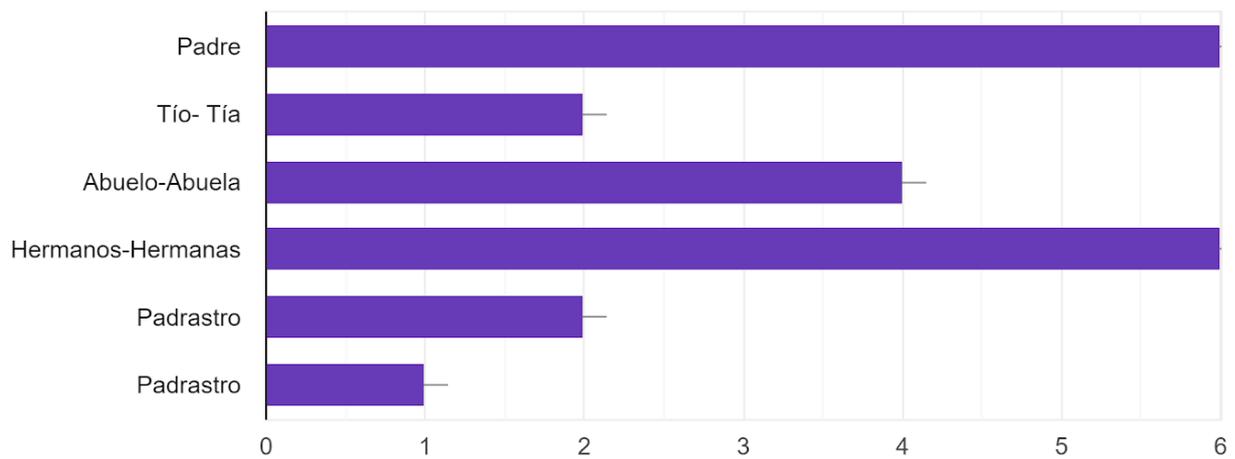
*“En mi caso yo, porque me gusta recalcar mucho” (FACR).*

Desde el punto de vista de la población, consideraron como necesario el involucramiento de sus respectivas familias en estos temas (126). El hecho de propiciar la comunicación con sus hijos e hijas promueve la consolidación de la confianza y, por consiguiente, ante una eventual duda podrían recurrir a estas (127).

En caso de no ser los niños, niñas o adolescentes quienes inicien la conversación, resulta fundamental el empoderamiento de cada una de las familias para iniciar el diálogo (24). Como fue mencionado, es prioritario crear un ambiente seguro y de confianza entre ambas partes, de tal modo que las necesidades sean satisfechas desde el hogar. Así mismo, para el adecuado desarrollo integral de la persona, resulta valioso la educación basada en las diferentes dimensiones de la sexualidad (24).

Por otra parte, un elemento inhibitorio en la preparación es la familia extensa. Ha sido expuesto que la delimitación de roles podría tornarse confusa en dicha condición,

dada la influencia de cambios generacionales y dificultades en la fijación de líneas de autoridad (128) (Ver Figura 12).

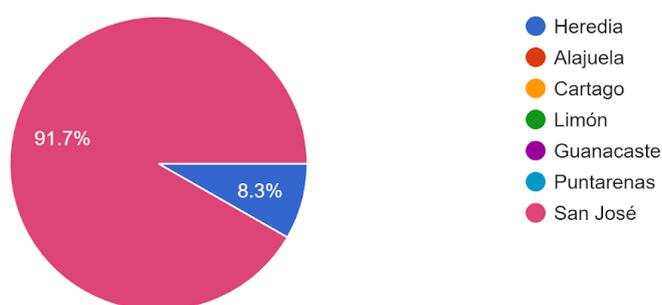


**Figura 12.** Personas que viven en el hogar.

Cabe señalar que todas las mamás se encontraban viviendo en ese momento con su hijo o hija sorda. De forma específica, tres de las familias se caracterizaron por ser de tipo reconstruida; cuatro nucleares; cinco extendidas.

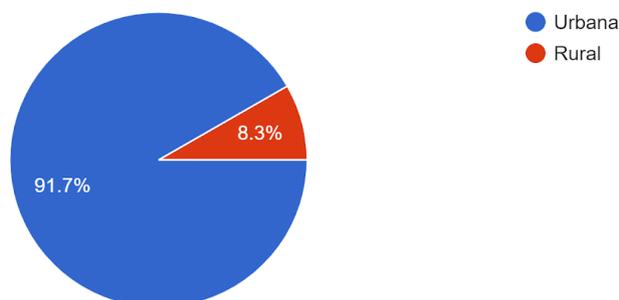
Con respecto a la condición de la transición referente a la comunidad, incluye el apoyo de personas cercanas (19), siendo este aspecto desarrollado en apartados posteriores, dada la relevancia percibida de las participantes acerca del grupo de referencia. Además, está conformada por las características del entorno (19).

Todas las familias se encontraban viviendo en el Gran Área Metropolitana, once de estas en la provincia de San José y una en Heredia, tal como se muestra a continuación (Ver Figura 13).



**Figura 13.** Provincia en la que residen las familias.

De forma específica, los cantones corresponden a Moravia, Desamparados, Central, Goicochea, Vásquez de Coronado, Acosta, Guadalupe y Santo Domingo A su vez, la mayoría de las familias se ubicaron en una zona urbana y solamente una vivía en una zona rural (Ver Figura 14).



**Figura 14.** Zona de Desarrollo.

Como se evidenció en el presente apartado, las condiciones de las transiciones dependen del contexto personal, comunitario social en donde estas se desarrollen, siendo estos inhibidores o facilitadores para las familias involucradas. Indagar en estos factores resultó de gran relevancia para la generación de las sesiones del programa educativo.

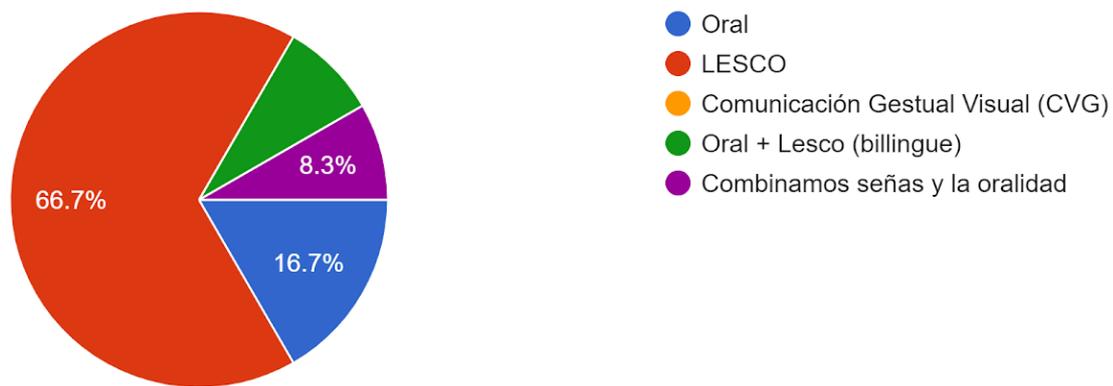
#### **4.1.4. Patrones de Respuesta**

Los patrones de respuesta son de suma relevancia en la transición pues, si esta es saludable o no, va a ser determinada por los indicadores de procesos y resultados (19). Si bien es cierto, estos elementos serán desarrollados ampliamente en las etapas posteriores; sin embargo, resulta trascendental valorar en esta etapa indicadores como el sentirse conectado o interactuar, dada su importancia en el proceso de transición.

En esta misma línea, un aspecto medular durante las transiciones es la comunicación eficaz (19), pues a través de esta se puede descubrir, esclarecer y reconocer el significado (129). En caso contrario, el aislamiento conllevaría a un resultado no saludable (19).

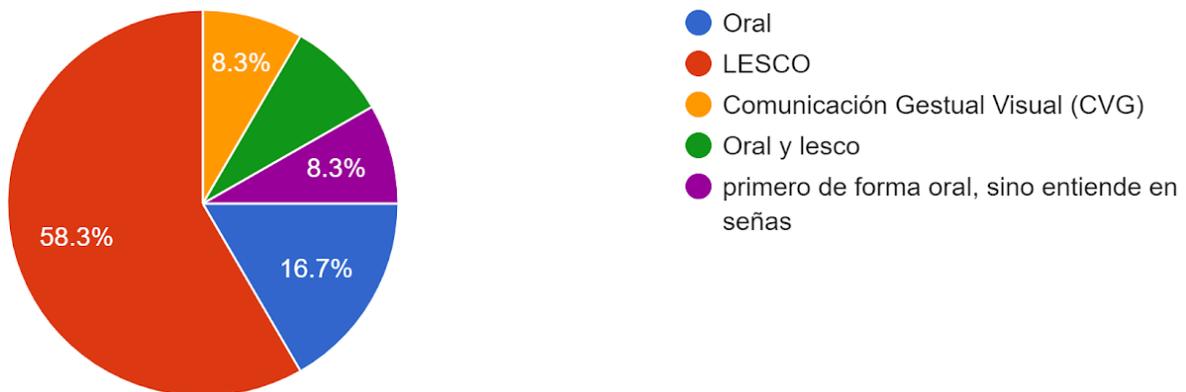
Una de las principales limitaciones para educar sobre sexualidad corresponde a la comunicación y, por consiguiente, dependiendo de las habilidades de la familia, características del hijo o hija y complejidad del tema, podría no desempeñarse de

forma óptima (37). Por esta razón, es pertinente conocer los métodos empleados por las familias, tal como se muestra en el siguiente gráfico (Ver Figura 15):



**Figura 15.** Comunicación de la madre con su hijo o hija sorda.

La forma de comunicación más habitual es mediante LESCO, siendo empleado por ocho mamás; de manera oral, dos; una combina las señas con la oralidad; por último, una de las mamás hizo uso de LESCO aunado al lenguaje verbal. En el caso de los demás miembros de las familias, ha sido habitualmente desempeñado de la siguiente manera (Ver Figura 16).



**Figura 16.** Comunicación de miembros de la familia con el niño, niña o adolescente sordo.

La mayor parte de los familiares se comunican con LESCO, siendo en siete de los hogares; en dos de forma oral; en uno hicieron uso en primer lugar del lenguaje verbal y, en caso de no ser comprendida la información, hicieron uso de señas; en otro combinando la oralidad y el LESCO; por último, otros miembros de una familia a través de la comunicación Gestual Visual.

Para el presente programa educativo y desde el punto de vista de la Terapéutica de Enfermería, es vital el conocimiento de dichos datos pues funge como base para el diseño de estrategias (37), permitiendo en las familias transmitir información a dicha población según las formas de comunicación adoptadas.

#### **4.1.5. Terapéutica de Enfermería**

Según lo propuesto por la teoría, el primer paso de la Terapéutica de Enfermería radica en valorar la preparación, cada una de las condiciones para obtener aspectos importantes de cada persona e identificar patrones (52)(119), siendo esto plasmado en páginas anteriores.

Posterior a la valoración de la transición, es pertinente continuar con la preparación para este proceso, siendo la principal herramienta la educación (52)(119). Es medular conocer las expectativas que posee la familia para el resultado (51). De este modo, para obtener una transición saludable, la Terapéutica debe estar basada en las necesidades narradas por las personas implicadas, pues son quienes poseen conocimiento de los aspectos prioritarios y de ayuda para el desempeño de su rol.

Al indagar a las familias, dieron a conocer las siguientes expectativas para el programa educativo:

*“Que nos ayuden. No sé si esto se va a continuar, es importante que personas como ustedes no nos abandonen porque a veces hacen estas reuniones y ya se olvidan entonces en estos tiempos que estamos viviendo son muy diferentes y necesitamos de personas que nos den consejos de cómo guiar a los niños porque son diferentes épocas; ahora son demasiado inteligentes, nos hacen preguntas en las que uno no sabe ni qué responder entonces creo que ahorita en nosotros es la sexualidad porque está creciendo y se nota en su cuerpo y más adelante necesitamos que nos ayuden a seguir aprendiendo. Cada día es bueno seguir aprendiendo” (FAJ).*

*“Yo sí espero tener esa orientación que ustedes nos van a dar para poder explicarle a ella todo acerca de estos temas” (FACR).*

*“Yo espero que puedan ayudarnos a orientarnos en cómo explicarle a mi hijo sobre sexualidad” (FAM).*

*“Diay yo creo que educarnos nosotros para saber cómo educarlos a ellos” (FADO).*

*“Aprender para poder explicarles a ellos” (FAA).*

Por otra parte, como producto de la emergencia sanitaria por COVID-19, los niños, niñas y adolescentes se han encontrado en los últimos meses en su hogar. Lo anterior, ha propiciado la comunicación en los siguientes temas

*“[...] estamos en la casa entonces todo es relacionado a la casa lo que se habla con ella” (FAC).*

*“En el caso de nosotros, HJ no es solamente sordo ya que tiene conductas parecidas al autismo y obsesivas para no entrar en mucho detalle. Entonces los temas son repetitivos, por ejemplo, las cosas que se van a hacer durante el día; conductas correctas, que cosas está bien hacer y que no; debido a la ansiedad, que se va a hacer más tarde o mañana” (FALA).*

*“[...] los temas son fútbol debido a que le gusta mucho; le gustan los legos entonces hablamos sobre cómo hacerlos, construirlos; hablamos sobre el mundo; sobre la escuela platicamos de las clases, dudas” (FAM).*

Lo anterior permitió obtener información acerca de los gustos e intereses de la familia, brindando una visión general sobre las posibles formas en las que se podría orientar a estas personas en la introducción de temas referentes a la sexualidad; por ejemplo, mediante conversaciones de interés, a través de juegos, entre otros.

Por consiguiente, es importante tomar en cuenta las diferencias en el aprendizaje de cada persona y el uso de diferentes estrategias educativas que permitan la adecuada comprensión, siendo el DUA garante de esto (107). De este modo, las familias obtendrían opciones variadas que se ajusten a sus necesidades, permitiendo aumentar el interés de su hijo o hija, así como mayor recepción y entendimiento en temas como los solicitados a través de los formularios de Google (Ver Anexo 3.4) y la primera sesión del grupo de referencia (Ver Anexo 4), planteados a continuación:

- Generalidades sexualidad
- Prevención de abuso
- Conocimiento del cuerpo, cambios físicos
- Privacidad y pudor
- Menstruación
- Erecciones durante el día
- Cambios de humor
- Cambios emocionales
- Menstruación
- Relaciones en todos los ámbitos y efectos de estas en el desarrollo
- Derechos
- Actividades según la etapa de la vida
- Noviazgo
- Uso de métodos anticonceptivos

Con respecto a la forma que más les gustaría desarrollar las sesiones, destacaron el uso de plataformas como Zoom, YouTube y el uso de una metodología participativa; tal como se muestra a continuación

*“Me gustaría seguir por zoom porque se comparte más y nos vemos por aquí. Si en algún momento todo pasa, me gustaría hacer reuniones en persona y tener un lugar donde reunirnos” (FAJ).*

*“Esa iniciativa de YouTube está bien porque a veces a ella si le gusta ver muchos videos ahí, es algo que le llamaría la atención y las 2 podríamos verlo. Por acá en zoom esta plataforma ha funcionado bien y la podrían seguir utilizando.” (FAC).*

*“Participativo” (FALI y FAA).*

## 4.2 Etapa II: Diagnóstico

Basado en la información obtenida en la etapa de valoración, se detectaron diferentes necesidades de la población. Se realizó un análisis con el fin de trasladar las necesidades en el lenguaje taxonómico de NANDA, NOC, NIC (130)(131)(132) con la intención de generar etiquetas diagnósticas, las cuales corresponden a:

[00126] Conocimientos deficientes

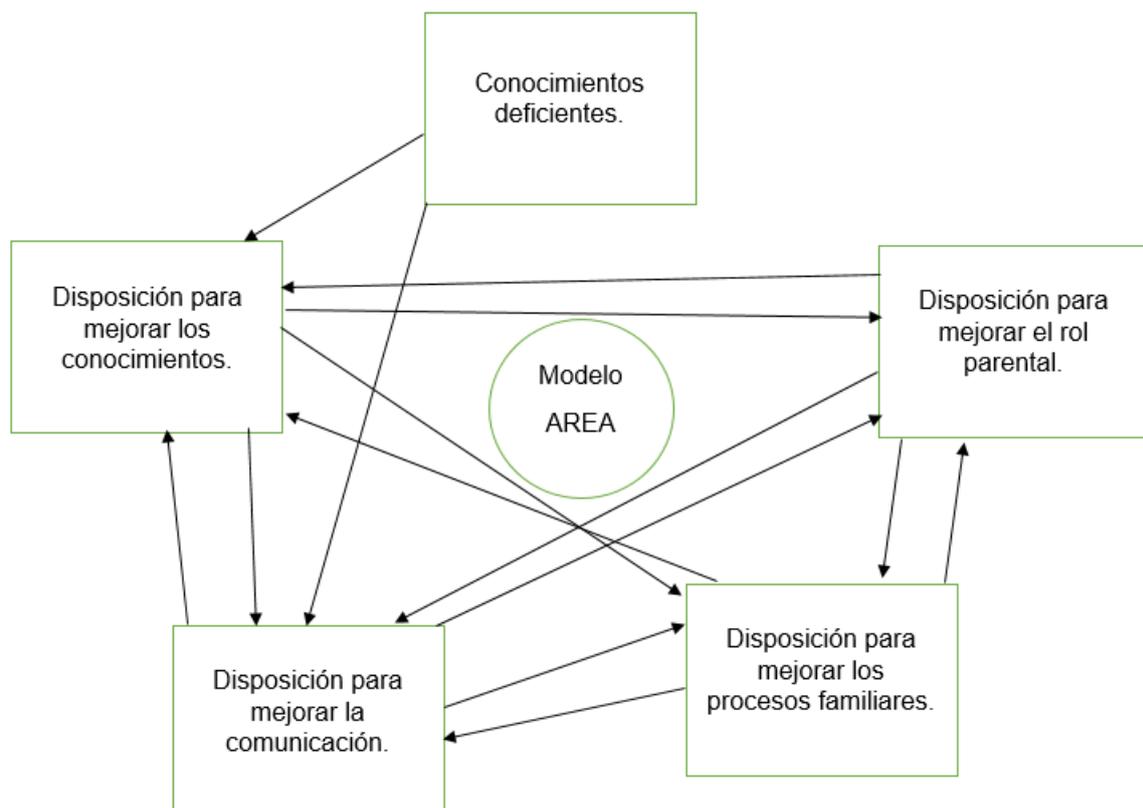
[00161] Disposición para mejorar los conocimientos

[00157] Disposición para mejorar la comunicación

[00159] Disposición para mejorar los procesos familiares

[00164] Disposición para mejorar el rol parental

Una vez identificadas las etiquetas diagnósticas, se procedió a generar un modelo AREA (133) con el fin de establecer las relaciones entre ellas y así poder analizar cuál es el diagnóstico principal, como se presenta a continuación (Ver Figura 17):



**Figura 17.** Modelo AREA.

Como se observa en el modelo AREA (133), el diagnóstico principal a desarrollarse con las familias de niños, niñas y adolescentes sordos corresponde en la taxonomía NANDA a 000164: Disposición para mejorar el rol parental, con sus características definitorias: el padre/madre expresa el deseo de mejorar el apoyo emocional al niño, expresa deseos de mejorar la maternidad/paternidad.

Por lo expuesto anteriormente, se observa que el diagnóstico responde a la teoría utilizada pues, tanto en la teoría como el diagnóstico, se establece el concepto de rol, en este caso materno/paterno de las familias hacia sus hijos o hijas con el fin de mejorar su rol y apoyo. Esto es analizado desde la teoría como aquellas transiciones en los roles que implican cambios en sus expectativas y habilidades; siendo necesario integrar distintos conocimientos en las personas generando una alteración en su comportamiento para modificar el significado de sí (19).

En otro aspecto, el diagnóstico principal está en relación con la teoría ya que esta permite demostrar el valor del diagnóstico para generar una planeación y con esto poder garantizar una intervención (19) en donde predomine una transición saludable, dominando diferentes aspectos como comportamientos, sentimientos, señales y símbolos relacionado a los roles que se irán adquiriendo (53).

Aunado a lo anterior, las familias cumplen un rol fundamental en la educación sobre sexualidad debido a las influencias positivas ejercidas en las conductas de sus hijos e hijas (29). No obstante, el escaso conocimiento, temor y sobreprotección funcionan como barrera, siendo necesaria la clarificación del rol para abordar dicha temática de forma óptima (29)(36).

### **4.3 Etapa III: Planificación**

Un aspecto importante relacionado a los profesionales en enfermería radica en la necesidad de comprender y reconocer el efecto del proceso de transición en cada individuo, así como el esfuerzo por minimizar este efecto a través de intervenciones mutuamente planificadas (114). Por esta razón, para el abordaje del diagnóstico principal establecido en el previo apartado, se desarrolló un plan de enfermería con el fin de abordar las necesidades, continuando con la utilización del lenguaje taxonómico de NANDA, NOC, NIC (130)(131)(132). Dicho plan es presentado a continuación (Ver Tabla 4):

**Tabla 4.** Plan de Enfermería según la taxonomía NANDA (130)(131)(132).

Diagnóstico de Enfermería NANDA		
000164: Disposición para mejorar el rol parental.		
Definición:	Patrón de provisión de un entorno para los niños que fomente el crecimiento y desarrollo y que puede ser reforzado.	
Características Definitorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El padre/madre expresa el deseo de mejorar el apoyo emocional al niño.</li> <li>• Expresa deseos de mejorar la maternidad/paternidad.</li> </ul>	
Resultados de Enfermería NOC		
NOC	Indicador	Escala de medición 20
1826: Conocimiento: cuidado de los hijos	182602: Conducta normal del niño	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso
	182603: Necesidades de seguridad	
	182607: Necesidades psicológicas	
	182608: Necesidades emocionales	
	182616: Expectativas adecuadas a la edad	
	182619: Estrategias de comunicación eficaz	
Intervenciones de Enfermería NIC		
NIC 5604: Enseñanza: grupo		
Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje.</li> <li>• Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno.</li> <li>• Establecer la necesidad de un programa.</li> </ul>		

- Definir la población diana potencial.
- Escribir los objetivos del programa.
- Definir las áreas de contenido principales.
- Escribir los objetivos del aprendizaje.
- Prever los materiales educativos disponibles.
- Desarrollar nuevos materiales educativos, según corresponda.
- Hacer una lista de las posibles estrategias de enseñanza, los materiales educativos y las actividades de aprendizaje.
- Proporcionar un programa escrito (que incluya fechas, horas y lugares de las sesiones/clases de enseñanza) para el personal y/o paciente(s), según corresponda.
- Determinar los días/horas adecuados para conseguir el máximo número de pacientes.
- Adaptar los métodos/materiales educativos a las necesidades/características de aprendizaje del grupo, según corresponda.
- Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido.
- Establecer las formas de evaluación del programa por parte del paciente.

NIC 5622: Enseñanza: relaciones sexuales seguras

Actividades

- Instruir al paciente sobre la anatomía y fisiología de la reproducción humana.
- Instruir al paciente sobre las ETS y la concepción, cuando sea necesario.
- Comentar los conocimientos, la comprensión, la motivación y el nivel de compromiso del paciente respecto a los diversos métodos de protección sexual.
- Comentar las consideraciones religiosas, culturales, del desarrollo, socioeconómicas e individuales referentes a la elección de la protección sexual.

- Instruir al paciente sobre el uso correcto del preservativo (p. ej., cómo elegir, mantenerlo intacto, aplicar y quitar).
- Considerar los factores poblacionales que afectan a la educación sobre relaciones sexuales seguras (p. ej., intervenciones adaptadas culturalmente, proveedores del mismo grupo étnico).
- Utilizar las redes sociales (p. ej., internet, teléfono) para llegar a las poblaciones marginadas o geográficamente aisladas.

NIC 5624: Enseñanza: sexualidad

Actividades

- Crear una atmósfera de aceptación y sin prejuicios.
- Explicar la anatomía y fisiología humanas del cuerpo masculino y femenino.
- Comentar los signos de fertilidad (relacionados con la ovulación y el ciclo menstrual).
- Explicar el desarrollo emocional durante la infancia y la adolescencia.
- Facilitar la comunicación entre el niño o adolescente y el progenitor.
- Apoyar el papel de los progenitores como principales educadores sexuales de sus hijos.
- Educar a los progenitores sobre el crecimiento y desarrollo sexuales a lo largo de la vida.
- Proporcionar a los progenitores bibliografía sobre educación sexual.
- Comentar cuáles son los valores, la forma de obtenerlos y los efectos que tienen en nuestras opciones en la vida.
- Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades.
- Facilitar el juego de roles en los que se puedan practicar la toma de decisiones y las habilidades de comunicación para resistir las presiones sociales y de sus compañeros sobre la actividad sexual.

Según el plan anteriormente diseñado se observa que tras el diagnóstico, se obtiene el NOC "Conocimiento: cuidado de los hijos"(131) , el cual se encuentra basado en el conocimiento de las familias sobre diferentes indicadores, que se asocian con las cuatro diferentes dimensiones de la sexualidad. En el área física se encuentra las expectativas adecuadas a la edad; en el área psicológica se encuentra las necesidades psicológicas; en el emocional esta las necesidades emocionales; la ética en donde se utilizará las necesidades de seguridad, abordando el tema de cuáles instituciones y leyes apoyan al niño y sus familias respecto al abordaje de la sexualidad.

Por otra parte, el indicador de la conducta normal del niño fungirá como un enlace entre las cuatro áreas, pues las conductas que estos adopten en su desarrollo pueden influir en su aspecto físico y, la forma en como estos niños, niñas y adolescentes logren comprender las leyes que los respaldan y sus límites, pueden generar cambios en conductas de riesgo.

Finalmente, con el propósito de transmitir el conocimiento adquirido por las familias hacia sus hijos e hijas, se consideró incluir el indicador sobre las estrategias de comunicación eficaz, dada la necesidad reflejada en la valoración por el componente del uso de LESCO como principal medio de comunicación entre ambas partes, la cual permite emplear estrategias para obtener los objetivos establecidos de forma más sencilla (19).

Para llevar a cabo el aumento de los indicadores del NOC, es necesario relacionarlos con los NIC y sus actividades. En este caso, se basaron en tres diferentes, correspondiendo a: la enseñanza de grupo, de la sexualidad y relaciones sexuales seguras (132).

Lo previamente estipulado tiene una gran relevancia porque la forma primordial para preparar una transición es mediante la educación en condiciones favorecedoras para la persona en donde el tiempo es un factor importante para adquirir nuevas responsabilidades y poner en práctica las habilidades aprendidas (20).

El NIC de enseñanza en grupo fue importante ya que puede generar un apoyo sobre las estrategias a tomar y tener un alcance no solo en la persona sino en su núcleo familiar (19). Lo anterior es propiciado mediante las experiencias de las diferentes

familias sobre el abordaje de estos temas en un contexto donde estas se sintieron familiarizadas y unidas por el denominador común radicado en tener hijas e hijos sordos.

Por otra parte, en los NIC de enseñanza de sexualidad y relaciones sexuales seguras es importante mencionar que no solo es entregar información o comentar experiencias, sino que es necesario enfocarse en el rol de sí mismos y las dinámicas entre los distintos roles con el de sí mismos (19), para brindar un mayor entendimiento de los temas y que las familias logren explicarlo satisfactoriamente a sus hijos e hijas.

El plan diseñado permitió desarrollar un programa educativo conocido de ahora en adelante como “Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para Familias de Niños, Niñas y Adolescentes sordos (PEESFANA)”. En este programa la suplementación del rol se desarrolló mediante diferentes estrategias y procesos que permitan clarificar el rol, generando la participación activa de las personas con el fin de que estas construyan su propio rol de aprendizaje (19).



Programa Educativo de Enfermería sobre  
Sexualidad para familias con niños, niñas y  
adolescentes sordos

PEESFANA

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Tema:

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020.

Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

Elaborado por:

Itzel Arguedas Barrantes

Enoc Hidalgo Guevara

Sede Rodrigo Facio

San José, Costa Rica

2021

## Tabla de contenidos

<b>Capítulo I. Introducción</b> .....	4
<b>1.1 Introducción</b> .....	4
<b>1.2 Justificación</b> .....	5
<b>1.3 Descripción del programa</b> .....	6
<b>1.4 Objetivos del programa</b> .....	6
<b>1.4.1 Objetivo general</b> .....	6
<b>1.4.2 Objetivos específicos</b> .....	6
<b>1.5 Descripción general de las sesiones</b> .....	7
<b>Capítulo II. Metodología</b> .....	8
<b>2.1 Metodología</b> .....	8
<b>2.1.1 Diseño Universal de Aprendizaje (DUA)</b> .....	8
<b>2.1.2 Terapéutica de Enfermería</b> .....	10
<b>2.1.3 Duración</b> .....	11
<b>2.1.4 Evaluación</b> .....	11
<b>Capítulo III. Diseños estructurales</b> .....	13
<b>3.1 Unidades temáticas</b> .....	13
<b>3.1.1 Dimensión biológica</b> .....	13
<b>3.1.2 Dimensión psicológica</b> .....	14
<b>3.1.3 Dimensión social</b> .....	15
<b>3.1.4 Dimensión ética</b> .....	19
<b>3.2 Descripción de las sesiones</b> .....	20
<b>3.2.1 Primera sesión sincrónica</b> .....	20
<b>3.2.1.1 Matriz educativa: primera sesión sincrónica.</b> .....	21
<b>3.2.2 Primera sesión asincrónica</b> .....	23
<b>3.2.2.1 Matriz educativa: primera sesión asincrónica</b> .....	24
<b>3.2.3 Segunda sesión sincrónica</b> .....	25
<b>3.2.3.1 Matriz educativa: segunda sesión sincrónica.</b> .....	26
<b>3.2.4 Segunda sesión asincrónica</b> .....	28
<b>3.2.4.1 Matriz educativa: segunda sesión asincrónica</b> .....	29
<b>3.2.5 Tercera sesión sincrónica</b> .....	30
<b>3.2.5.1 Matriz educativa: tercera sesión sincrónica</b> .....	31
<b>3.2.6 Tercera sesión asincrónica</b> .....	33
<b>3.2.6.1 Matriz educativa: tercera sesión asincrónica</b> .....	34
<b>3.2.7 Cuarta sesión sincrónica</b> .....	35

<b>3.2.7.1 Matriz educativa: cuarta sesión sincrónica.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.8 Cuarta sesión asincrónica .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2.8.1 Matriz educativa: cuarta sesión asincrónica .....</b>	<b>39</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>40</b>

## Capítulo I. Introducción

### 1.1 Introducción

El presente programa responde a necesidades educativas sobre sexualidad, las cuales fueron identificadas durante la fase diagnóstica del Trabajo Final de Graduación denominado “Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020”.

Se define programa como “[...] conjunto interdependiente de elementos planificados, organizados y dispuestos para responder a una finalidad” (1). Para efectos de este proyecto, el objetivo radicó en brindar estrategias educativas sobre sexualidad a las familias de dicha población.

Lo anterior, se abordó mediante el diagnóstico prioritario “disposición para mejorar el rol parental”. A su vez, los NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) se encontraron orientados en las cuatro dimensiones de la sexualidad, a saber: biológica, psicológica, sociológica y ética.

Cabe resaltar que el presente programa educativo se fundamenta en el Diseño Universal de Aprendizaje (DUA), el cual se encuentra sustentado en un enfoque innovador que establece la existencia de particularidades en la forma de aprendizaje de cada persona. Así mismo, independientemente del número de personas, permite la comprensión óptima de los presentes mediante el uso de múltiples estrategias educativas (2). Esto propicia el uso de herramientas y estrategias accesibles, siendo enfocadas para las familias y de tal modo que sus hijas e hijos se vean beneficiados.

Lo anterior, debe ir concomitante con la Terapéutica de Enfermería. De esta manera, se busca propiciar la clarificación del rol de las familias, al dotarlas de información y herramientas que le permitan cumplir a cabalidad y con calidad el mismo, siendo satisfechas las necesidades planteadas por la población. Por consiguiente, se permite la vivencia de una transición saludable y adecuada vivencia de la sexualidad.

Por último, el programa educativo se encuentra constituido por tres capítulos. En el primero, se detalla la introducción, justificación, descripción general del programa,

objetivos, estructura de las sesiones sincrónicas y asincrónicas. En el segundo se ubica la metodología, duración y evaluación de las sesiones. Finalmente, el tercer capítulo abarca información pertinente a las cuatro dimensiones de la sexualidad, así como detalles de las sesiones y matrices educativas.

## **1.2 Justificación**

La etapa de la adolescencia se encuentra definida dentro del ciclo vital de una persona pues está comprendida entre la niñez y la adultez, siendo caracterizada por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Por lo anterior, es considerada una de las etapas más complejas (3). Además, la adolescencia ha sido un sector de la población al que se le han dedicado muchos estudios, sobre todo relacionado con la sexualidad (4).

Por otra parte, la sexualidad debe ser enseñada desde una perspectiva integral en la persona adolescente, en la cual se promueva el desarrollo de una personalidad saludable a través de la vinculación de la sexualidad a las dimensiones correspondientes. Esta información debe ser transmitida mediante herramientas para que las personas logren mantener un correcto cuidado del cuerpo, utilizándolo como espacios de experiencia, expresión de sentimientos y emociones que les permitan generar un autoanálisis para el correcto desenvolvimiento en esta área (5).

Aunado a lo expuesto previamente, la familia tiene un importante rol en la comunicación con los hijos e hijas sobre todo en la etapa de la adolescencia, siendo esto un elemento importante a destacar por la importancia conferida al ámbito educativo. Sin embargo, se debe primero establecer un vínculo de confianza entre las familias y dicha población para lograr abordar los temas de sexualidad sin que esto se convierta en una situación conflictiva en ambas partes (6).

Contrastando lo anterior, la falta de conocimiento, así como la fluidez sobre en la lengua de señas en el entorno familiar, genera una barrera de comunicación entre hijos e hijas sordas con sus familias oyentes, dificultando el proceso educativo y conllevando a un aumento de dudas por parte de las personas sordas en temas de gran relevancia como lo es la sexualidad (7).

Finalmente, es importante mencionar que un programa educativo de sexualidad para las familias de niños, niñas y adolescentes sordos puede brindar beneficios tanto individuales como colectivos. En el primero, cada familia recibiría la información correspondiente a este tema y podría transmitirla a sus hijos e hijas. En su contraparte, a nivel colectivo permitirá evidenciar la necesidad de que el personal de enfermería se involucre no solamente en este tema, sino en la inclusión para poder desarrollar estrategias accesibles a todo tipo de población.

### **1.3 Descripción del programa**

El presente programa educativo se encuentra dirigido a un grupo de referencia conformado por 10 familias del Gran Área Metropolitana, con hijas o hijos sordos de 9 a 13 años de edad. Está constituido por cuatro sesiones sincrónicas mediante la plataforma Zoom y cuatro sesiones asincrónicas con el objetivo de evaluar el desarrollo de cada una y los conocimientos adquiridos, así como proporcionar el reforzamiento de estos.

Cabe resaltar que dichas sesiones se encuentran basadas en el DUA y Terapéutica de Enfermería, siendo las participantes quienes eligen las temáticas. A su vez, deben ejecutarse distintas actividades tomando en cuenta las particularidades de cada familia.

### **1.4 Objetivos del programa**

#### **1.4.1 Objetivo general**

Brindar estrategias educativas sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

1.4.2.1 Explicar los cambios físicos presentes en la pubertad en la niñez y adolescencia sorda.

1.4.2.2 Especificar los principales cambios psicológicos y emocionales presentes en la niñez y adolescencia sorda.

1.4.2.3 Demostrar la relevancia de los sistemas sociales para una adecuada vivencia de la sexualidad en la niñez y adolescencia sorda.

1.4.2.4 Orientar a los padres en los derechos sexuales de la niñez y adolescencia sorda.

## **1.5 Descripción general de las sesiones**

En términos generales, las sesiones sincrónicas están estructuradas de la siguiente manera:

- Bienvenida.
- Explicación de la agenda.
- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Conociendo señas.
- Actividades relacionadas a la dimensión biológica, psicológica, social y ética.
- Charla sobre las temáticas desarrolladas en la sesión.
- Indicación de la dinámica de la próxima sesión asincrónica.
- Cierre.

Con respecto a las sesiones asincrónicas a continuación, se muestran los elementos a contemplar:

- Formulario de Google sobre la satisfacción de las sesiones.
- Juego "Kahoot!".
- Infografías con información relacionada a los temas sobre sexualidad contemplados durante la sesión sincrónica.

## **Capítulo II. Metodología**

### **2.1 Metodología**

El programa educativo está basado en el enfoque denominado “Educación Sexual Integral”, el cual plantea la pertinencia de involucrar las dimensiones biológica, psicológica, social y ética (8)(9). En este sentido, mediante el Proceso de Enfermería, fue realizada la valoración de las necesidades principales en las familias, se priorizó el diagnóstico y se eligieron los NOC y NIC que mejor respondieron a los datos obtenidos y a las dimensiones de la sexualidad.

Las sesiones se encontraron fundamentadas en el DUA, siendo contempladas previamente las características de cada familia, permitiendo asegurar el aprendizaje óptimo y el adecuado desempeño del rol. A su vez, las sesiones respondieron a la Terapéutica de Enfermería propuesta por la enfermera Afaf Meleis.

#### **2.1.1 Diseño Universal de Aprendizaje (DUA)**

El DUA hace referencia a una herramienta metodológica (10), la cual se posiciona en bases científicas para determinar la mejor forma en la que las personas aprenden (11). Desde esta premisa, es importante contemplar las singularidades de cada familia para favorecer la adecuada obtención de conocimientos y la transmisión de estos a sus hijos e hijas.

Una vez concluidas las fases de valoración y diagnóstica, debe ser diseñada la planificación, la cual debe estar orientada a propiciar la accesibilidad de las personas y aminorar las barreras existentes (10). En este sentido, la cantidad de participantes no funge como obstáculo si son empleadas una serie de estrategias garantes de la comprensión de las temáticas (12). A partir de lo anterior, el objetivo radica en crear un producto educativo y promover un entorno funcional para todas las personas sin excepción, teniendo la oportunidad de acceder a este (11).

Debe destacarse las tres redes neuronales implicadas en el aprendizaje, siendo contempladas la afectiva, planificación estratégica y reconocimiento. En la siguiente tabla (Ver Tabla 1) se muestra las funciones de cada red:

**Tabla 1.** Redes neuronales y funciones (12).

<b>Redes de reconocimiento</b>	<b>Redes estratégicas</b>	<b>Redes afectivas</b>
Recibir, procesar y clasificar la información asignándole un significado.	Planificar, coordinar y ejecutar acciones a nivel motriz y mental	Mediante la relación de las temáticas con el ámbito emocional, es favorecida la motivación en el proceso de aprendizaje.

El DUA también establece 3 principios relacionados a los medios de representación, expresión y motivación (11)(12). A continuación, se muestran las pautas para cada uno de estos (Ver Tabla 2):

**Tabla 2.** Principios del DUA y sus respectivas pautas (12).

<b>Múltiples medios de representación</b>	<b>Múltiples medios de expresión</b>	<b>Múltiples medios de motivación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferentes canales para recibir la información.</li> <li>• Partir de conocimientos previos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactuar con los recursos materiales o tecnológicos.</li> <li>• Evaluar los medios de comunicación.</li> <li>• Capacidad de resolver situaciones.</li> <li>• Planteamiento de metas.</li> <li>• Planificar rutas de aprendizaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer el interés por el aprendizaje.</li> <li>• Propiciar la mantención del esfuerzo y persistencia.</li> <li>• Permitir autoevaluación del proceso de aprendizaje.</li> </ul>

Por último, dichos elementos se encuentran relacionados entre sí, siendo descrito a continuación:

- Las redes de reconocimiento se encuentran implicadas con las formas de representación: la aplicación del principio radica en la proposición de diferentes

estrategias para presentar las temáticas, contemplando de esta manera la variedad en el proceso de aprendizaje.

- Las redes estratégicas se enlazan con formas de expresión: la aplicación del principio requiere emplear métodos para evaluar el aprendizaje adquirido.
- Las redes afectivas tienen que ver con las formas de motivación: la aplicación del principio puede llevarse a cabo a través del empleo de distintas formas para promover la motivación y el interés (12).

En los siguientes apartados, se evidenciará la planificación de cada una de las sesiones con el fin de dotar a las familias de diferentes herramientas para transmitir información sobre temáticas de sexualidad a sus hijos e hijas, tomando en consideración las especificidades de la población para generar las modificaciones pertinentes. Además, se generaron evaluaciones para medir el desempeño de los facilitadores, así como el aprendizaje; finalmente, al finalizar cada sesión se procuró motivar a las participantes, manteniendo activo el grupo de mensajería instantánea de WhatsApp a través de recordatorios semanales y el envío de infografías.

### **2.1.2 Terapéutica de Enfermería**

El objeto de estudio de la disciplina corresponde al cuidado de las personas, este puede ser potenciado a través de una serie de estrategias, las cuales fueron definidas por Afaf Meleis como Terapéutica de Enfermería. De este modo, él o la enfermera posee la capacidad de seleccionar intervenciones efectivas y óptimas que contribuyan en los objetivos propuestos (13).

Para lograr lo anteriormente expuesto, es necesario contemplar el tipo de transición, los patrones, el tiempo y momento de intervención (13), lo cual es conveniente llevar a cabo durante la fase diagnóstica, asegurando el adecuado desarrollo de las siguientes fases.

En esta misma línea, la Terapéutica de Enfermería se encuentra conformada por la evaluación de la preparación y la preparación para la transición. En la primera, resulta indispensable incluir la comprensión integral de las necesidades de las personas y los elementos de las condiciones de las transiciones. Por su parte, la segunda hace alusión a la manera de implementar la educación, siendo necesario el uso de un tiempo prudente para garantizar la adecuada preparación (14).

Otro de los elementos importantes de dicho concepto es la suplementación del rol, pudiendo ser ejecutado tanto de forma preventiva como posterior a consecuencias producto de la transición (15). De este modo, para efectos del presente programa, se tomó en cuenta la anticipación a las situaciones mediante la clarificación del rol.

Por consiguiente, debe identificarse el rol prevaleciente para, en caso de ser necesario, lograr disminuir la ambigüedad y problemas relacionados con el conocimiento y desempeño del rol. La clarificación puede ser individual o grupal, a través del modelaje del rol, ensayo del rol o grupos de referencia. Esta última es viable debido a la influencia de personas significativas en los propios roles o contrarroles. Por esta razón, resulta vital incluir la interacción y comunicación en el diseño del programa (15).

### **2.1.3 Duración**

Cada sesión está planeada con una duración de una hora cada 15 días, es decir, el tiempo previsto para el desarrollo sincrónico es de cuatro horas en total. Sin embargo, dicho lapso se encuentra sujeto a la preferencia de las familias, siendo determinada por estas la duración de las actividades que involucran su participación activa.

Con respecto a las sesiones asincrónicas, contemplando las diversas actividades de las personas participantes, se realizan cada 15 días y se les otorga una semana de tiempo para completar las actividades: formularios de Google sobre la satisfacción de cada sesión, juego o comprobaciones de Kahoot! y revisión de material complementario.

### **2.1.4 Evaluación**

La evaluación del programa educativo se desarrolla tanto de forma específica durante cada sesión, así como la impresión general. Para la obtención precisa de los datos, se utilizan formularios de Google y herramientas tecnológicas como la grabación de las sesiones para su posterior análisis.

En el primer caso, al finalizar cada sesión, se promueve un conversatorio sobre el desenvolvimiento de esta. Además, durante la semana correspondiente a la sesión asincrónica, se envía el formulario con una escala de Likert para puntuar el desarrollo

de los contenidos. Así mismo, se da la oportunidad de proporcionar recomendaciones para las siguientes sesiones.

Referente a la evaluación general, se coordina un espacio durante la cuarta sesión para que las familias externen comentarios acerca de su percepción del programa educativo, evidenciando la construcción de significados. Complementario a esto, durante la entrega de los resultados, se realiza otro conversatorio guiado por preguntas, con el objetivo de estimar el cumplimiento de objetivos; desempeño de los facilitadores; eficacia de las actividades; pertinencia de las temáticas involucradas, recursos, metodología y tiempo destinado a las sesiones.

## Capítulo III. Diseños estructurales

### 3.1 Unidades temáticas

En el presente apartado, se hace mención de las generalidades sobre las dimensiones biológica, psicológica, social y ética, las cuales conforman la sexualidad. Posteriormente, se encuentra la descripción de cada sesión y las matrices correspondientes.

#### 3.1.1 Dimensión biológica

Uno de los componentes de la adolescencia radica en el ámbito biológico, llevándose a cabo una serie de modificaciones físicas. Estos cambios se ubican dentro del proceso denominado pubertad, estando íntimamente relacionada con dicha etapa (16).

El desencadenante de la pubertad es considerado como un “reloj biológico”, en el que está involucrado el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (17). La glándula adenohipófisis es la responsable de secretar la hormona folículo-estimulante y cuyos órganos diana van a ser las gónadas, propiciando la síntesis de hormonas sexuales como la testosterona y los estrógenos (16); consecuentemente, surgen los caracteres sexuales primarios y secundarios (16)(18).

Antes de hacer referencia a dicha transición, es importante mencionar aspectos ocurrientes en el periodo prepuberal, tal como se muestra a continuación:

- Aumento de la tasa de crecimiento debido a la acción de la Hormona del Crecimiento.
- Aumento del peso.
- Incremento de la actividad suprarrenal.
- Se activa el eje tiroideo, provocando alza en el metabolismo basal y requerimiento energético.
- Activación sucesiva del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (17).

Según fuentes bibliográficas consultadas (17)(19)(20)(21), ocurren los siguientes cambios en las adolescentes:

- Crecimiento de la vagina, útero y trompas de falopio.
- Desarrollo de labios mayores y menores.
- Crecimiento mamario, cambio en el pezón y aumento del diámetro de areolas.
- Variación del contorno corporal y esqueleto, provocando en este último el crecimiento de los huesos y cierre epifisiario.
- Aparición del vello axilar y púbico.
- Aumento de la pigmentación en la región genital.
- Inicio de la menstruación y producción de gametos, antecedido por flujo vaginal claro o blanquecino.
- Distribución de los depósitos de grasa.
- Ensanchamiento de caderas,

Por otra parte, según diferentes fuentes (17)(19)(21)(22), los cambios en los adolescentes están relacionados a:

- Aumento del tamaño testicular y del pene.
- Aparición del vello axilar, pubiano y torácico.
- Inicio de las eyaculaciones y producción de gametos.
- Distribución de los depósitos de grasa.
- Ensanchamiento de hombros.
- Cambio en la voz.

Aunque los cambios a nivel físico son los más evidentes, no debe ser desapercibidas otra serie de situaciones atravesadas por la población adolescente, que inclusive podrían estar interrelacionadas. En el siguiente apartado se hará referencia a los principales contenidos de la dimensión psicológica.

### **3.1.2 Dimensión psicológica**

Como se evidenció en la dimensión biológica, durante la adolescencia ocurren cambios de gran magnitud y a una velocidad considerable, propiciando la madurez tanto biológica como psicológica. Cabe resaltar la individualidad del proceso en términos de inicio y finalización (23) pues puede variar dependiendo de cada persona, así como la manifestación de situaciones comunes durante dicho periodo.

Durante esta dimensión, los y las adolescentes realizan una búsqueda de su identidad, toman decisiones sobre su vida, visualizan fortalezas y debilidades (22), autoconocimiento, ideología personal, identidad moral, autorregulación de emociones, entre otros. Lo mencionado tiende a facilitarse conforme se da la adquisición de habilidades cognitivas como por ejemplo el pensamiento operatorio formal, razonamiento hipotético-deductivo y actitud analítica (23).

De forma complementaria, el hecho de tener plena consciencia al respecto, permite emplear el lenguaje adecuado, conocer de forma más atinada los problemas, la motivación, la capacidad para la toma de decisiones y el compromiso para desempeñar recomendaciones (23).

En la Tabla 3, son expuestos los elementos más relevantes a nivel psicológico, los cuales están agrupados según la etapa de la adolescencia. A su vez, dichos aspectos se encuentran íntimamente relacionados con la dimensión social, tal como será evidenciado.

### **3.1.3 Dimensión social**

A través de los lineamientos sociales y aceptación cultural, tiende a controlarse las conductas de las personas. La sexualidad no se encuentra exenta pues puede ser influenciada por dichas variables (24), determinando la manera en la que es vivenciada. En la etapa de la adolescencia, los actores con mayor efecto son la propia familia y los grupos de pares; a su vez, estos se encuentran predeterminados por su propia crianza y valores inculcados, con la probabilidad de tener efectos positivos o negativos sobre el adolescente.

Al final, se requiere de un proceso catalogado como favorable para propiciar la autonomía a nivel psicológico. De este modo, contribuye en la toma de decisiones, capacidad de no depender de los familiares, asumir tareas y se favorece la responsabilidad; es decir, se alcanza la independencia física (23).

Aunque la separación del papá y de la mamá es un aspecto propio de dicha etapa para alcanzar la autonomía, resulta vital el involucramiento de estos para permitir tanto el desarrollo saludable de la transición como el aumento de la posibilidad del retorno eventual del adolescente a la familia (23).

Retomando la relación entre la dimensión psicológica y social, esta última hace alusión a la capacidad de llevar a cabo relaciones interpersonales. El grupo de pares posee beneficios como el facilitamiento de la autonomía, amplifica el contacto con otras realidades, confiere la gratificación de necesidades de índole interpersonal, permite la búsqueda y afianzamiento de la identidad. Con respecto a la adquisición de esta última, posee importancia significativa para las relaciones de pareja y escogencia de rutas futuras (23).

En la siguiente tabla, se muestran las principales características psicosociales (Ver Tabla 3):

**Tabla 3.** Características de la dimensión psicológica y social durante la adolescencia (3)(22)(23).

Fase de la adolescencia	Desarrollo cognitivo	Desarrollo socioemocional
Temprana 10-13 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hay mayor habilidad en la expresión verbal.</li> <li>● Mayor interés por el presente.</li> <li>● Metas poco realistas o inclusive idealistas.</li> <li>● Mayor predominio del pensamiento concreto.</li> <li>● La toma de decisiones requiere habilidades complejas, necesarias para el desarrollo de la creatividad.</li> <li>● Se es más consciente de la imperfección de los padres.</li> <li>● Mayor pensamiento moral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Egocentrismo denotado por aspectos como la audiencia imaginaria y fábula personal.</li> <li>● Inseguridad sobre la apariencia física, creyendo que sus pares están atentos a esto.</li> <li>● Incurre a determinadas conductas para obtener admiración y satisfacer expectativas sociales.</li> <li>● Piensa que las otras personas tienen valores y perspectivas iguales a los propios.</li> <li>● Cree que nadie lo entiende.</li> <li>● Labilidad emocional.</li> <li>● Inadecuado control de impulsos.</li> <li>● Necesidad de privacidad.</li> <li>● Inicia el desplazamiento de la familia, búsqueda de independencia y preferencia por el grupo de pares.</li> <li>● Preferencia por grupo de pares del mismo sexo y</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gratificación inmediata.</li> </ul>	<p>amistades exclusivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Podrían no ser aceptados los límites y los pone prueba.</li> <li>● Se alcanza mayor interés sobre anatomía y fisiología sexual.</li> <li>● Aparición de fantasías sexuales y sueños húmedos.</li> <li>● Se examinan roles de género.</li> <li>● Se recurre a la conducta infantil.</li> </ul>
<p>Media 14-16 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Menor idealismo vocacional.</li> <li>● Mayor capacidad para establecer metas.</li> <li>● Aumento de habilidades del pensamiento abstracto y mayor razonamiento.</li> <li>● Mayor criticidad en relación con los padres y la sociedad.</li> <li>● Se esperan logros académicos y preparación para el futuro.</li> <li>● Progreso en el desarrollo moral convencional.</li> <li>● Surgen reflexiones acerca del significado de la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevalece el egocentrismo.</li> <li>● Emociones intensas y cambios de humor.</li> <li>● Distanciamiento de la familia y mayor acercamiento a grupo de pares.</li> <li>● Etapa en la que los pares ejercen mayor influencia, adoptando sus características.</li> <li>● Amistades pueden ser de ambos sexos.</li> <li>● Puede conformarse relaciones de pareja, surgiendo fantasías idealistas y románticas.</li> <li>● Continúa aumentando la individualidad.</li> <li>● Autoimagen sigue siendo dependiente de otras personas.</li> <li>● Mayor tendencia a preocuparse por otros y valorar sus sentimientos.</li> <li>● Sensación de omnipotencia.</li> <li>● Búsqueda de recompensa o satisfacción, principalmente frente a pares.</li> <li>● Impulsividad.</li> <li>● No acepta normas o límites, generalmente los desafía.</li> <li>● Mayor aceptación y comodidad con el cuerpo.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prueban atractivo sexual a través del aspecto.</li> <li>● Se es más consciente de la orientación sexual.</li> <li>● Experimentación con conductas sexuales.</li> </ul>
Tardía ≥ 17 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mayor conciencia de los límites y limitaciones.</li> <li>● Capacidad para tomar decisiones de forma independiente.</li> <li>● Planificación futura.</li> <li>● Metas vocacionales realistas.</li> <li>● Establecimiento del pensamiento abstracto y podría alcanzarse el hipotético deductivo.</li> <li>● Predicción de consecuencias.</li> <li>● Resolución de problemas.</li> <li>● Se alcanza el desarrollo moral convencional.</li> <li>● Postergación de la gratificación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Personalidad más integral.</li> <li>● Mayor competencia para enfrentar tareas propias de la adultez.</li> <li>● Mayor consolidación de la identidad.</li> <li>● Autoimagen dependiente exclusivamente de la persona adolescente.</li> <li>● Mayor estabilidad de los intereses.</li> <li>● Incrementa el control de impulsos y la estabilidad emocional.</li> <li>● Menor influencia del grupo de pares.</li> <li>● Disminuye la cantidad de amistades debido a la selectividad.</li> <li>● Regreso a la familia.</li> <li>● Grado adecuado de autonomía.</li> <li>● Valora la experiencia de la familia y pide ayuda.</li> <li>● Aceptación de cambios corporales y autoimagen.</li> <li>● Aceptación de la identidad sexual.</li> <li>● Preferencia por relación de pareja íntima y estable.</li> </ul>

Finalmente, es importante señalar la influencia de variables como el sexo, etnia, lugar donde vive, la cultura, nivel socioeconómico y educativo en la expresión de los aspectos contemplados en la tabla anterior (Ver Tabla 3) (23). Por lo tanto, debe ser tomada en cuenta la individualidad en el proceso y recordar que, una vez acaba la adolescencia, la persona continuará modificándose conforme atraviesa las etapas de su ciclo vital.

### 3.1.4 Dimensión ética

La dimensión ética establece que la sexualidad va a encontrarse regida por los valores adquiridos por la persona durante su vida. De esta manera, va a estar influenciada por aspectos propios de la vida personal, tal como las experiencias previas. Lo anterior, determina la forma en la que son vivenciadas las temáticas relacionadas (24). Partiendo de esta premisa, es obtenida una amplia gama de posibilidades acerca de lo que es concebido como adecuado, ejerciendo efectos en las personas.

Por consiguiente, la ética tiene por objetivo propiciar la satisfacción en temáticas relacionadas a la sexualidad, al lograr un equilibrio con el ámbito moral. De este modo, surge como resultado una serie de derechos (25) enfocados en favorecer experiencias saludables.

Para llevar a cabo la educación en sexualidad, debe contemplarse los derechos vinculados (25). Para efectos de este programa educativo, las leyes, normas y políticas nacionales empleadas son las siguientes:

- Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de la salud sexual y salud reproductiva.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo (Ley 8661).
- Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (Ley 9379).
- Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad (Ley 7600).
- Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Ley de Reconocimiento de Lenguaje de Señas Costarricense (LESCO) como lengua materna (Ley 9049).
- Política Nacional de Enfermería.
- Política Pública de la Persona Joven 2020-2024
- Política Nacional de Sexualidad.

## **3.2 Descripción de las sesiones**

A continuación, se muestran aspectos generales de la ejecución de las sesiones sincrónicas y asincrónicas. Así mismo, se encuentran las matrices propuestas.

### **3.2.1 Primera sesión sincrónica**

Tras la bienvenida a las familias, se brinda la información acerca del diagnóstico prioritario y las necesidades identificadas, con el objetivo de validar los datos obtenidos a través del Proceso de Enfermería y continuar según lo estipulado. Así mismo, se expone el cronograma de las sesiones para su aprobación.

La sesión consta de una actividad rompe-hielo y tres actividades de trabajo, las cuales se describen en la siguiente matriz. Por último, se brindan detalles sobre las actividades de la próxima sesión asincrónica, se aclaran dudas y se culmina la sesión mediante la despedida proporcionada por los facilitadores.

### 3.2.1.1 Matriz educativa: primera sesión sincrónica.

**Título:** Acercamiento inicial a la sexualidad y cambios físicos en el desarrollo adolescente.

**Duración:** 60 minutos

**Población meta:** 12 familias de niños, niñas y adolescentes sordos.

**Personas facilitadoras:** Itzel Arguedas Barrantes, Enoc Hidalgo Guevara

**Modalidad:** Sesión sincrónica mediante la plataforma de Zoom.

**Objetivo general:** Implementar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Actividad Rompehielo	Contenido	Conociendo señas.
	Objetivo	Relacionar el uso de LESCO con el tema de la sexualidad.
	Metodología	Cada participante deberá mostrar al menos 1 seña que conozca relacionado a la sexualidad y la siguiente persona deberá realizar una seña distinta a la anterior.
	Materiales	Ninguno.
	Duración	10 minutos,
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las personas en la actividad y la capacidad de memorizar las señas realizadas.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.
Concepto de Sexualidad	Contenido	¿Qué es la sexualidad?
	Objetivo	Conocer el concepto de sexualidad que tienen las familias.
	Metodología	Solicitarles a las participantes que coloquen en una hoja en blanco la primer palabra que piensan cuando se les dice "sexualidad", para generar un conversatorio donde cada persona pueda expresarse de su elección de palabra.
	Materiales	Hoja en blanco, lápiz.
	Duración	15 minutos
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y la forma en cómo estos se expresan sobre el concepto.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

Cambios Físicos	Contenido	¿Qué me está pasando?
	Objetivo	Analizar el conocimiento de los participantes respecto a los diferentes cambios que ocurren en la adolescencia.
	Metodología	Se les colocará una silueta de un hombre y una mujer en donde se les proyectará por medio de un dispositivo electrónico (Tablet) para que mediante un conversatorio, los expositores coloquen los cambios que se presentan en la adolescencia, tanto físicos, como emocionales y psicológicos.
	Materiales	Computadora o tablet por parte de los facilitadores.
	Duración	15 minutos.
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y la forma en cómo estos se expresan de manera grupal.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.
Educando sobre el cuerpo humano	Contenido	Alto, Cuidado, Siga.
	Objetivo	Brindar una actividad como herramienta para que las familias logren desarrollarla con sus hijos e hijas.
	Metodología	Se le pedirá a los participantes que dibujen una silueta de ellos y coloreen los lugares de acuerdo a un semáforo; rojo para partes que nadie puede tocar, amarillo para aquellas que solo ciertas personas y verde para partes que todos pueden tocar.
	Materiales	Hoja blanca, lápices de color de rojo, amarillo y verde.
	Duración	20 minutos.
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y los aportes que realizan en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

### **3.2.2 Primera sesión asincrónica**

Esta sesión consta de tres actividades. En primer lugar, se envía un juego mediante la aplicación “Kahoot!” con diez preguntas (Ver anexo 5.1) sobre las temáticas vistas durante la primera sesión sincrónica. Las preguntas tienen por opción de respuesta: falso o verdadero, o bien escoger la opción que mejor respondiera al enunciado.

En segundo lugar, una vez completado el juego por las participantes, se refuerza la dimensión biológica de la sexualidad a través de dos infografías (Ver anexo 9.1) enviadas al grupo de WhatsApp. De forma específica, contienen la definición de pubertad y características principales vinculadas a los cambios físicos en el y la adolescente.

En tercer lugar, el envío de un formulario de Google (Ver anexo 6) con el objetivo de brindar a las participantes la oportunidad de calificar el desarrollo de las actividades ejecutadas. Además, se designa un espacio para colocar comentarios o recomendaciones en caso de ser deseado.

### 3.2.2.1 Matriz educativa: primera sesión asincrónica

**Título:** Aplicación de los conocimientos adquiridos en sesión sincrónica.

**Duración:** 10 minutos

**Población meta:** 12 familias

**Personas facilitadoras:** Itzel Arguedas Barrantes, Enoc Hidalgo Guevara

**Modalidad:** Sesión asincrónica por medio de la plataforma Kahoot.

**Objetivo general:** Implementar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Actividad Evaluativa a participantes Asincrónica	Contenido	¿Qué Recuerdo?
	Objetivo	Evaluar el conocimiento adquirido por las familias participantes sobre los cambios en la adolescencia.
	Metodología	Se utilizará la plataforma Kahoot con un total de 10 preguntas sobre los cambios en la adolescencia tanto masculina como femenina.
	Materiales	Dispositivo electrónico
	Duración	10 minutos.
	Evaluación	Al finalizar las preguntas se obtendrá una puntuación y corrección de aquellas preguntas que estuvieron erróneas en la siguiente sesión sincrónica así como mediante infografías para reforzar el conocimiento adquirido.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

### **3.2.3 Segunda sesión sincrónica**

Posterior a la bienvenida, se muestra la agenda de la sesión. Seguidamente, se retoman las preguntas falladas en el juego de “Kahoot!”, con la finalidad de ofrecer retroalimentación y aclarar dudas en torno a la temática anterior. Luego, se prosigue con la dinámica establecida: actividad rompe-hielo y dos actividades, las cuales se detallan en la siguiente matriz. Para finalizar, se menciona la dinámica de la segunda sesión asincrónica y se da la despedida.

### 3.2.3.1 Matriz educativa: segunda sesión sincrónica.

**Título:** Cambios psicológicos y emocionales en el desarrollo adolescente.

**Duración:** 60 minutos

**Población meta:** 12 familias de niños, niñas y adolescentes sordos.

**Personas facilitadoras:** Itzel Arguedas Barrantes, Enoc Hidalgo Guevara

**Modalidad:** Sesión sincrónica mediante la plataforma de Zoom.

**Objetivo general:** Implementar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Actividad Rompehielo	Contenido	EnSEÑando Emociones
	Objetivo	Conocer las diferentes señas relacionadas a distintas emociones que experimentan los niños, niñas y adolescentes.
	Metodología	A través de un conversatorio guiado por los facilitadores, se fomentará a las familias a compartir señas que conocen acerca de las emociones.
	Materiales	Ninguno
	Duración	10 minutos,
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y los aportes que realicen en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.
Cambios psicológicos y emocionales	Contenido	¿Dónde lo siento?
	Objetivo	Identificar la somatización de las emociones en los participantes y sus hijos e hijas.
	Metodología	Los participantes junto con los expositores, desarrollarán una cadena de muñecos de papel en donde cada uno de ellos tendrá una emoción que deben colorear en la parte del cuerpo que usualmente lo “sienten”. Las emociones corresponden a: Felicidad, Tristeza, Enojo, Miedo, Estrés, Disfrute. Cada persona determinará el color de la emoción y la somatización de esta dependiendo de las experiencias vividas por los participantes.
	Materiales	Papel, Tijeras, lápices de color.
	Duración	30 minutos.
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y los aportes que realizan en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

Cambios psicológicos y emocionales	Contenido	¿Qué me pasa?
	Objetivo	Explicar los cambios psicológicos y emocionales que suceden en la adolescencia.
	Metodología	A través de una charla, dar a conocer los principales cambios a nivel psicológico y emocional en los niños, niñas y adolescentes.
	Materiales	Materiales audiovisuales.
	Duración	20 minutos
	Evaluación	Se evaluará mediante los aportes que realicen los participantes en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

### **3.2.4 Segunda sesión asincrónica**

Durante la semana correspondiente a la actividad asincrónica, se envía al grupo de WhatsApp el link para el eventual acceso al juego de Kahoot!. Está conformado por diez preguntas (Ver Anexo 5.2), cuyas respuestas son predominantemente de falso y verdadero; solo una consta en escoger la mejor opción para el enunciado.

En cuanto a las infografías (Ver anexo 9.2), son enviadas tres. En estas se proporciona información sobre la definición y principales características psicosociales particulares de cada una de las etapas de la adolescencia.

Por último, se realiza la evaluación de la segunda sesión por parte de las familias. Lo anterior, mediante el formulario de Google (Ver anexo 6), permitiendo la expresión sobre la satisfacción de las herramientas brindadas.

### 3.2.4.1 Matriz educativa: segunda sesión asincrónica

**Título:** Aplicación de los conocimientos adquiridos en sesión sincrónica.

**Duración:** 10 minutos

**Población meta:** 12 familias

**Personas facilitadoras:** Itzel Arguedas Barrantes, Enoc Hidalgo Guevara

**Modalidad:** Sesión asincrónica por medio de la plataforma Kahoot.

**Objetivo general:** Implementar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Actividad Evaluativa Asincrónica	Contenido	¿Qué Recuerdo?
	Objetivo	Evaluar el conocimiento adquirido por las familias participantes sobre cambios psicológicos y emocionales.
	Metodología	Se utilizará la plataforma Kahoot con un total de 10 preguntas sobre cambios psicológicos y emocionales.
	Materiales	Dispositivo electrónico
	Duración	10 minutos.
	Evaluación	Al finalizar las preguntas se obtendrá una puntuación y corrección de aquellas preguntas que estuvieron erróneas en la siguiente sesión sincrónica así como mediante infografías para reforzar el conocimiento adquirido.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

### **3.2.5 Tercera sesión sincrónica**

Una vez dada la bienvenida a las familias, se expone la agenda planteada para la sesión. Posteriormente, se realiza la retroalimentación de las preguntas fallidas del juego de “Kahoot!” sobre la dimensión psicológica y social. Al concluir lo anterior, se lleva a cabo la actividad rompe-hielo y dos dinámicas detalladas en la siguiente matriz. Para terminar, se explica la tercera sesión asincrónica y seguidamente se da la despedida.

### 3.2.5.1 Matriz educativa: tercera sesión sincrónica

**Título:** Actividades según la etapa de la vida y sus derechos que los respaldan.

**Duración:** 45 minutos

**Población meta:** 12 familias de niños, niñas y adolescentes sordos.

**Personas facilitadoras:** Itzel Arguedas Barrantes, Enoc Hidalgo Guevara

**Modalidad:** Sesión sincrónica mediante la plataforma de Zoom.

**Objetivo general:** Implementar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Actividad Rompehielo	Contenido	Conociendo señas
	Objetivo	Relacionar el uso de LESCO con el tema de derechos y actividades de la adolescencia.
	Metodología	Durante este espacio, se pretenderá la retroalimentación por parte de las familias y facilitadores sobre señas relacionadas a la temática de derechos y actividades de la adolescencia.
	Materiales	Ninguno
	Duración	10 minutos,
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y los aportes que realicen en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.
Actividades según la etapa del desarrollo	Contenido	¿Es correcto o incorrecto?
	Objetivo	Generar un conversatorio sobre las actividades que realizan los adolescentes.
	Metodología	Crear un espacio de conversación guiado por los expositores donde se muestren diferentes casos de actividades y se genera una discusión en torno al tema.
	Materiales	Ninguno
	Duración	30 minutos
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y la forma en cómo estos se expresan de manera grupal.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.
Derechos de las personas adolescentes	Contenido	Conociendo los derechos
	Objetivo	Brindar información respecto a los derechos de las personas adolescentes e instituciones que velan por su cumplimiento.

	Metodología	Los facilitadores brindarán información acerca de las diferentes leyes e instituciones que velan por el cumplimiento de los derechos de las personas adolescentes, y deberes de las familias para con estos.
	Materiales	Presentación de Power Point.
	Duración	20 minutos
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y los aportes que realicen en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

### **3.2.6 Tercera sesión asincrónica**

Durante la semana correspondiente a esta sesión, se envía el juego mediante la aplicación “Kahoot!”, el cual está conformado por diez preguntas (Ver Anexo 5.3). Posterior al análisis del enunciado, las familias deben decidir si este es verdadero o falso, según lo visto en los temas relacionados con la dimensión ética de la sexualidad.

Para reforzar los contenidos, se envían seis infografías (Ver anexo 9.3). Cada una se encuentra elaborada con artículos importantes pertenecientes a las leyes, normas y códigos mencionados en la dimensión ética de la sexualidad.

Para concluir, se envía el formulario de Google (Ver anexo 6) para que las familias hagan la evaluación del desarrollo de las actividades sincrónicas ejecutadas la semana anterior, así como brindar recomendaciones o comentarios en caso de ser considerado pertinente.

### 3.2.6.1 Matriz educativa: tercera sesión asincrónica

**Título:** Aplicación de los conocimientos adquiridos en sesión sincrónica.

**Duración:** 10 minutos

**Población meta:** 12 familias

**Personas facilitadoras:** Itzel Arguedas Barrantes, Enoc Hidalgo Guevara

**Modalidad:** Sesión asincrónica por medio de la plataforma Kahoot.

**Objetivo general:** Implementar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Actividad Evaluativa Asincrónica	Contenido	¿Qué Recuerdo?
	Objetivo	Evaluar el conocimiento adquirido por las familias participantes sobre derechos y actividades propias de la adolescencia.
	Metodología	Se utilizará la plataforma Kahoot con un total de 10 preguntas sobre los cambios en la adolescencia tanto masculina como femenina.
	Materiales	Dispositivo electrónico
	Duración	10 minutos.
	Evaluación	Al finalizar las preguntas se obtendrá una puntuación y corrección de aquellas preguntas que estuvieron erróneas en la siguiente sesión sincrónica así como mediante infografías para reforzar el conocimiento adquirido.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

### **3.2.7 Cuarta sesión sincrónica**

Esta sesión se inicia con la bienvenida a las familias, se procede a explicar la agenda y se brinda información vinculada con las preguntas marcadas incorrectas del juego de “Kahoot!” sobre la dimensión ética. Posteriormente, se lleva a cabo la actividad rompe-hielo y tres dinámicas, las cuales son detalladas en la siguiente matriz.

Para el cierre del programa educativo, se da la oportunidad a las familias de externar las apreciaciones generales de las sesiones. Por finalizar, se comenta la dinámica de la siguiente semana, se da a conocer una última sesión sincrónica para la entrega de los resultados obtenidos y se brinda la despedida.

### 3.2.7.1 Matriz educativa: cuarta sesión sincrónica

**Título:** Métodos anticonceptivos y relaciones sexuales coitales.

**Duración:** 60 minutos

**Población meta:** 12 familias de niños, niñas y adolescentes sordos.

**Personas facilitadoras:** Itzel Arguedas Barrantes, Enoc Hidalgo Guevara

**Modalidad:** Sesión sincrónica mediante la plataforma de Zoom.

**Objetivo general:** Implementar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Actividad Rompehielo	Contenido	Profundizando en Señas.
	Objetivo	Relacionar el uso de LESCO con el tema de métodos anticonceptivos y relaciones sexuales coitales.
	Metodología	Durante este espacio, se pretenderá la retroalimentación por parte de las familias y expositores sobre señas relacionadas a la temática de métodos anticonceptivos y relaciones sexuales coitales.
	Materiales	Ninguno
	Duración	10 minutos,
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y los aportes que realicen en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.
Métodos anticonceptivos	Contenido	¿Cómo lo hablamos?
	Objetivo	Generar un conversatorio sobre los métodos anticonceptivos y las relaciones sexuales coitales.
	Metodología	Crear un espacio de conversación guiado por los facilitadores donde se enseñe sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos de tipo barrera como el condón masculino, condón femenino; tipo hormonales como pastillas e inyecciones anticonceptivas; dispositivo intrauterino como "T de cobre" y Sistema Intrauterino (SIU); finalmente métodos de solo progestina como varillas implantables y cómo abordar este tema con sus hijos e hijas cuando estos le pregunten o si las familias desean iniciar la conversación.
	Materiales	Presentación en Power Point

	Duración	20 minutos
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y la forma en cómo estos se expresan de manera grupal.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.
Métodos anticonceptivos de barrera	Contenido	¿Cómo se coloca?
	Objetivo	Demostrar a las participantes la colocación correcta del condón masculino y femenino.
	Metodología	Mediante una demostración guiada por los facilitadores, generar un espacio de conversación sobre la correcta utilización del condón femenino y masculino, en donde se aclare paso a paso la colocación de estos.
	Materiales	Modelo anatómico de pene y vagina, condón masculino, condón femenino.
	Duración	20 minutos.
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y los aportes que realicen en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.
Mitos y realidades de métodos anticonceptivos y relaciones sexuales	Contenido	¿Es un mito o una realidad?
	Objetivo	Indagar sobre el conocimiento de las familias sobre algunos mitos y realidades de los métodos anticonceptivos y las relaciones sexuales.
	Metodología	Mediante una conversación guiada, los facilitadores presentaron una serie de frases sobre mitos y realidades de los métodos anticonceptivos y las relaciones sexuales, para generar un conversatorio sobre este tema y aclarar las dudas que surjan de las participantes.
	Materiales	Material audiovisual.
	Duración	10 minutos.
	Evaluación	Se evaluará mediante la participación de las familias y los aportes que realicen en esta sección.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

### **3.2.8 Cuarta sesión asincrónica**

En la semana correspondiente a las actividades asincrónicas, se envía el juego de “Kahoot!”, el cual se encuentra conformado por diez preguntas (Ver anexo 5.4). En cuanto a las opciones, las familias deben elegir la respuesta que mejor se ajuste al enunciado; así mismo, otras son de falso o verdadero.

Cuando las personas participantes completen el juego, se procede a enviar 14 infografías (Ver anexo 9.4) con datos sobre nueve métodos anticonceptivos, a saber: eficacia, descripción, mecanismo de acción, efectos adversos frecuentes, ventajas, desventajas y otra información específica para cada método. Para mantener el vínculo hasta realizar la reunión para la entrega de resultados, se envía dos o una infografía por semana.

Con respecto al formulario de Google, se envía por el grupo de WhatsApp el link para acceder a este (Ver anexo 6) y evaluar la cuarta sesión sincrónica. Así mismo, se habilita el espacio para expresar comentarios o recomendaciones.

### 3.2.8.1 Matriz educativa: cuarta sesión asincrónica

**Título:** Aplicación de los conocimientos adquiridos en sesión sincrónica.

**Duración:** 10 minutos

**Población meta:** 12 familias

**Personas facilitadoras:** Itzel Arguedas Barrantes, Enoc Hidalgo Guevara

**Modalidad:** Sesión asincrónica por medio de la plataforma Kahoot.

**Objetivo general:** Implementar un programa educativo sobre sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Actividad Evaluativa Asincrónica	Contenido	¿Qué Recuerdo?
	Objetivo	Evaluar el conocimiento adquirido por las familias participantes sobre métodos anticonceptivos.
	Metodología	Se utilizará la plataforma Kahoot con un total de 10 preguntas sobre los cambios en la adolescencia tanto masculina como femenina.
	Materiales	Dispositivo electrónico
	Duración	10 minutos.
	Evaluación	Al finalizar las preguntas se obtendrá una puntuación y corrección de aquellas preguntas que estuvieron erróneas en la siguiente sesión sincrónica así como mediante infografías para reforzar el conocimiento adquirido.
	Responsables	Enoc Hidalgo Guevara e Itzel Arguedas Barrantes.

## Referencias Bibliográficas

1. Sánchez MF, Álvarez M, Arraiz A, Ceinos MC, Fernández E, Sabirón F, et al. Orientación para el desarrollo profesional [Internet]. Editorial UNED; 2017 Oct [citado 20 Ene. 2021]. 293 p. Disponible en: [https://books.google.co.cr/books?id=eSw6DwAAQBAJ&pg=PT273&lpg=PT273&dq=conjunto+interdependiente+de+elementos+planificados,+organizados+y+dispuestos+para+responder+a+una+finalidad&source=bl&ots=Bqeyng5Jcv&sig=ACfU3U1Kf\\_GROnHq1ab9HT9sJjGxbXE99A&hl=es&sa=X&](https://books.google.co.cr/books?id=eSw6DwAAQBAJ&pg=PT273&lpg=PT273&dq=conjunto+interdependiente+de+elementos+planificados,+organizados+y+dispuestos+para+responder+a+una+finalidad&source=bl&ots=Bqeyng5Jcv&sig=ACfU3U1Kf_GROnHq1ab9HT9sJjGxbXE99A&hl=es&sa=X&)
2. De la Paz M V, Salamanca M. Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural. Rev Estud y Exp en Educ [Internet]. 2009 Ene [citado 25 Nov. 2019];8(15):31–49. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/50411263\\_ELEMENTOS\\_DE\\_LA\\_CULTURA\\_SORDA\\_UNA\\_BASE\\_PARA\\_EL\\_CURRICULUM\\_INTERCULTURAL](https://www.researchgate.net/publication/50411263_ELEMENTOS_DE_LA_CULTURA_SORDA_UNA_BASE_PARA_EL_CURRICULUM_INTERCULTURAL)
3. Águila G, Díaz JA, Díaz PM. Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. MediSur [Internet]. 2018 Oct [citado 17 Nov. 2019];15(5):694–700. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n5/ms15515.pdf>
4. Figueroa L, Figueroa L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano Risky sexual behaviors in adolescents from the Cuban context. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2017 Mar-Abr [citado 02 Dic. 2020];21(2):193–301. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr20217.pdf>
5. González V, Orcasita LT, Carrillo JP, Palma DM. Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv [Internet]. 2017 Ene-Jun [citado 02 Dic. 2020];15(1):419–30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627027.pdf>
6. Bull M, Martínez I, Periche Á. Factores Comunicativos Desencadenantes Del Aborto Banes. Enero- Julio 2011. Contrib a las Ciencias Soc [Internet]. 2012 Abr [citado 02 Dic. 2020]; Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/cccss/20/smz.pdf>
7. Azevedo VM, Silva JP da. Sexualidade e Surdez : uma Revisão Sistemática. Psicologia: Ciência e Proffissão [Internet]. 2020 Nov [citado 02 Dic. 2020];40:1–16.

Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932020000100128&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932020000100128&tIng=pt)

8. Arroyo L. El Derecho a la Educación Integral para la Sexualidad de las y los Adolescentes en Costa Rica desde la Perspectiva de Género [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Costa Rica; 2008. [Internet] Disponible en: <http://ij.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2017/07/El-Derecho-a-la-Educacion-Integral-para-la-Sexualidad-de-las-y-los-Adolescentes-en-Costa-Rica-desde-la-Perspectiva-de-Genero.pdf>

9. Siderac S. Derechos Humanos, Educación Sexual Integral y Campo de las Prácticas: ejes de transversalidad curricular para la Formación de Profesorxs en la UNLPam. *Prax Educ* [Internet]. 2016 Sep-Dic [citado 25 Nov. 2020];20(3):18–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2016-200303>

10. Universidad Estatal a Distancia. Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) [Internet]. 2018 [citado 25 Nov. 2020]. Disponible en: [https://www.uned.ac.cr/academica/images/PACE/docs/diseño\\_asignatura/Diseño\\_Universal\\_para\\_el\\_Aprendizaje\\_PACE.pdf](https://www.uned.ac.cr/academica/images/PACE/docs/diseño_asignatura/Diseño_Universal_para_el_Aprendizaje_PACE.pdf)

11. Lagos OM. Diseño universal para el aprendizaje: una experiencia innovadora en el aula matemática de octavo año básico. *Rev Estud y Exp en Educ* [Internet]. 2019 Abr [citado 25 Nov. 2020];18(36). Disponible en: <http://www.rexe.cl/ojournal/index.php/rexe/article/view/660/530>

12. Segura MA, Quirós M. Desde el Diseño Universal para el Aprendizaje: el estudiantado al aprender se evalúa y al evaluarle aprende. *Rev Educ* [Internet]. 2019 Ene [citado 25 Nov. 2019];43(1). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/28449/36695>

13. Chick N, Meleis I. *Transitions: A Nursing Concern* [Internet]. Boulder, USA: Aspen Publications; 1986 [citado 17 Jul. 2020]. 237–257 p. Disponible en: <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>

14. Joly E. Integrating transition theory and bioecological theory: A theoretical perspective for nurses supporting the transition to adulthood for young people with

medical complexity. J Adv Nurs [Internet]. 2016 Feb [citado 29 Oct. 2020];72(6):1251–62. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12939>

15. Güemes M, Ceñal MJ, Hidalgo MI. Pubertad y adolescencia. Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc [Internet]. 2017 Feb [citado 25 Nov. 2019];5(1):7–22. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22 Pubertad y adolescencia.pdf>

16. González R, Castro JM, Moreno L. Promoción de la salud en el ciclo de vida [Internet]. D.F: McGRAW-HILL; 2012 [citado 28 Nov. 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1459&sectionid=97407061#97407214>

17. Fernández JA, Ariznavarreta C, Cachofeiro V, Cardinali DP, Escrich E, Gil PE, et al. Fisiología humana. 4a ed [Internet]. D.F: McGRAW-HILL; 2010 [citado 28 Nov. 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1858&sectionid=134370663#1132165587>

18. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Adolescencia. Manual Clínico [Internet]. Paraguay; 2012 Oct [citado 20 Ene. 2020]. 165 p. Disponible en: [https://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253)

19. Pombo M, Audí L, Bueno M, Calzada R, Cassorla F, Diéguez C, et al. Tratado de endocrinología pediátrica. 4a ed [Internet]. España: McGRAW-HILL; 2009 [citado 28 Nov. 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1508&sectionid=102969318#1118809946>

20. Hilial R, Brunton L. Goodman & Gilman. Manual de farmacología y terapéutica. 2a ed [Internet]. McGRAW-HILL; 2015 [citado 28 Nov. 2020]. Disponible en: [https://accessmedicina-mhmedical-](https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1508&sectionid=102969318#1118809946)

com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=1468&sectionid=93496899#1119648110

21. Gardner D, Shoback D. Greenspan. Endocrinología básica y clínica. 10a ed [Internet]. Ciudad de México: McGRAW-HILL; 2018 [citado 29 Nov. 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?sectionid=232232384&bookid=2745&Resultclick=2#1167519501>

22. Hay WW, Levin MJ, Abzug MJ, Bunik M. Diagnóstico y tratamiento pediátricos. 25a ed [Internet]. McGRAW-HILL; 2020 [citado 29 Nov. 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2933&sectionid=247210674#1176663621>

23. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2015 Nov-Dic [citado 25 Nov. 2020];86(6). Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0370410615001412?token=B2FF4B9411D51076861F2A53E7E51470534134656C028747F42E13B01F1F25830799414348E94948D909897BC4E729F1>

24. Buitrago MT, Buitrago G, Mercado M. Diseño de un instrumento para caracterizar el desempeño de la función sexual en personas con limitación física y validación de apariencia y contenido. Rev Urol Colomb [Internet]. 2017 Ene-Abr [citado 25 Nov. 2019];26(1):17–25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1491/149150124004.pdf>

25. Benavides A. Bioética en sexualidad y reproducción humana. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2017 Oct-Dic [citado 02 Dic. 2020];63(4): 565-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000400008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400008)

---

---

# PEESFANA

Itzel Arguedas Barrantes  
Enoc Hidalgo Guevara

---

---

#### **4.4 Etapa IV: Ejecución y Evaluación**

En esta sección se desarrolla el tercer y cuarto objetivo específico de la presente práctica dirigida, el cual corresponde a implementar y evaluar el programa de sexualidad a familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020. En el siguiente apartado se explicará la ejecución y evaluación de las diferentes sesiones realizadas, las cuales se enfocaron en los patrones de respuesta expuestos por Meleis (2010). Los anteriores se encuentran divididos en indicadores de procesos e indicadores de resultados, siendo los primeros responsables de mover a una persona hacia el bienestar y los segundos son los encargados de reflejar una transición exitosa (119).

##### **4.4.1. Indicadores de Procesos**

Para lograr llevar a cabo una transición saludable, esta debe responder a los indicadores de procesos, los cuales están relacionados con el sentirse conectado, la forma de interacción entre las personas, la ubicación y sentirse situado. Los anteriores, favorecen el desarrollo de la confianza y el afrontamiento (134). En los siguientes apartados se explicará la utilización de los indicadores de procesos en la implementación del programa educativo a lo largo de las sesiones sincrónicas desarrolladas, respondiendo al tercer objetivo de la presente práctica dirigida.

###### **4.4.1.1 Sentirse conectado**

Las sesiones en el grupo de referencia se llevaron a cabo mediante la plataforma Zoom debido a que, por motivos del contexto de la emergencia nacional, existía la necesidad de abordar la temática utilizando tecnologías de información y comunicación.

Un factor importante en la ejecución de las diferentes sesiones corresponde a las relaciones de confianza previas ya que, como facilitadores de estas, permitió adentrarse al utilizar conexiones anteriores mediante la conformación de este grupo de referencia y su integridad grupal.

Es importante mencionar la diferencia existente entre sentirse conectado y la interacción, debido a que esta última se centra en la auto revelación y discusión de la

transición en sí. Sin embargo, sentirse conectado se enfoca en pasar tiempo con miembros de un grupo (135). Esto es evidenciado mediante frases expuestas por las familias, por ejemplo:

*“[...] me encanta que sea con un grupo que todas nos conocemos entonces nos tenemos confianza” (FAK).*

*“Yo creo que estos espacios siempre son bonitos, a mí me encanta sentir a todo este grupo de mamitas cerquita...” (FALA).*

*“[...] creo que todos los aquí reunidos nos conocemos en esto y llega el punto en el que somos como familia, nos apoyamos mucho” (FAJ).*

La frase expuesta anteriormente permite evidenciar que cuando una persona se siente conectada con miembros de redes sociales como familiares, amigos o grupos de apoyo, se encuentra experimentando una transición constructiva, exitosa y saludable (52)(135).

En otro aspecto, sentirse conectado con la atención de profesionales en la salud capaces de responder preguntas y con quienes se sintieran cómodamente conectados, funge como otro indicador importante de una experiencia de transición positiva (19). Esto es expuesto por las familias participantes mediante diferentes comentarios cómo:

*“Primero agradecerles a ustedes chiquillos, siempre por mostrar el interés de abarcar está población” (FAK)*

*“Mi opinión personal, muy bien, me siento cómoda con EH interpretando, está perfecto, felicidades” (FAM).*

Finalmente, el sentirse conectado tanto con los pares en el grupo de referencia conformado como con los facilitadores de las sesiones, permitió una mayor apertura a comentar las situaciones y experiencias vivenciadas frecuentemente con sus hijos, lo cual propició el establecimiento de un ambiente de confianza y privacidad para expresarse libremente.

#### 4.4.1.2 Interacción

Como se expuso en el apartado anterior, las personas participantes se sentían conectadas tanto entre ellas como con los facilitadores del programa educativo. Lo anterior permite comprender que mediante la interacción, el significado de una transición y desarrollo de sus conductas en respuesta a esta puede descubrirse, aclararse y reconocerse, conduciéndola a una saludable (52).

Aunado a lo expuesto previamente, la interacción con una red familiar, círculo de amigos y proveedores de atención médica permite a las personas alcanzar la información importante y mantener un bienestar físico y emocional. Además, permite a los individuos establecer y negociar normas y esquemas relacionales, así como nuevos patrones de conducta en función de la transición (135)(136). Esto es evidenciado mediante comentarios de las participantes como los siguientes:

*“[...] veo que existe otras formas de enseñarles a nuestros hijos y no solamente hablarlo sino en forma de juego, realmente fue una información muy valiosa” (FAM).*

De manera más estratégica, existe una gran necesidad de capacitar y desarrollar continuamente a los profesionales de la salud, en este caso de Enfermería, especialmente en problemas relacionados con la comunicación para ser más explícitos sobre la atención requerida durante la transición (114).

Relacionado a lo anterior, en el caso de la presente práctica dirigida, un elemento clave en el desarrollo de la comunicación para generar una información explícita y comprensible correspondió a la utilización de la LESCO en todo momento por parte de uno de los facilitadores, mientras que la otra persona explicaba oralmente con el fin de brindar la información de manera bilingüe. Esto generó satisfacción en las familias debido a que la LESCO es su principal forma de comunicación y, en caso de no captar una señal, solicitaban repetirla ya que para ellas era necesario conocer las señales correctas. Para evidencia lo anterior; a continuación, se muestran comentarios proporcionados por algunas de las participantes:

*“O sea, EH usted no está aprendiendo, usted es un carga. Yo no he visto a IA verdad todavía con sus mamitas, pero ustedes son unos cargas” (FAK).*

*“Gracias a la interpretación de EH que fue muy satisfactoria y también eso de la lectura labial me ayudó mucho. Gracias por su disposición y por buscar formas en como yo pudiera entenderlos. Todo me quedó súper claro” (FAM).*

*“¿Puede repetir la seña?” (FADO).*

A pesar de que se mantuvo una comunicación fluida de manera oral y utilizando la LESCO, es importante recalcar que, dentro de las conversaciones, surgían palabras que en el momento no se conocía la seña, obteniendo ayuda de las familias para conocer cuál era la correcta. Sin embargo, en ciertas palabras no se logró obtener una en específico, por lo que se procedió a explicar el significado de la palabra y así esclarecer en ambas lenguas la información brindada, tal como se muestra seguidamente:

*“Yo quisiera preguntarle a FAM, ¿cuál es la seña de orgasmo?” (FAK).*

*“No sé la seña, pero podría explicarse cómo esta emoción hasta que se sienta satisfecha” (FAM).*

La interacción entre las familias y los facilitadores durante las sesiones permitió el desarrollo de un ambiente de confianza y respeto por las opiniones entre ambas partes, resultando en una mayor profundización de las experiencias vividas por cada una y la expresión de estas sin sentirse juzgadas por las otras participantes o los facilitadores.

#### **4.4.1.3. Ubicación y sentirse situada**

Dentro de la ubicación y sentirse situada es importante recordar que cuando las personas hacen comparaciones entre su vida antes y después del cambio, les permite situarse en términos de tiempo, espacio y relaciones (135). Esto resultó elemental en las interacciones y confianza entre las familias, ya que les brindó una apertura a comparar las situaciones por las que ellas estaban atravesando.

*“[...] aprendí mucho verdad de las experiencias de todas” (FALA).*

*“[...] hemos aprendido unas de otras, de nuestras diferentes situaciones” (FAK).*

*“Tal vez de pronto FAM le explicó, él entendió, okay, pero tal vez HD no. Tiene un comportamiento o un carácter más difícil y, aunque él entendió, le gusta llevar a la mamá a su límite” (FALI).*

*“[...] hay unos como HD que a veces yo veo que le gusta mucho retar a FALI. Pero yo veo a HA, o bueno al menos no ha llegado a una edad que comprenda más cosas, pero yo a HA le digo: “usted hace eso y lo hace y punto”, no es como que me va a discutir si lo hace o no” (FADO).*

*“Bueno yo estoy así igual que FAK y FALI porque pienso que en ellos tres el carácter es como más fuerte de los tres” (FAKA).*

Las frases anteriores son importantes en el proceso dado que, por medio de la ubicación y estar situado según el tiempo, el espacio y las relaciones puede ser determinado si la respuesta generada va en la dirección de una transición considerada como saludable (52).

#### **4.4.1.4. Desarrollando confianza y afrontamiento**

El desarrollo de la confianza y autoconocimiento se evidencia mediante la comprensión del individuo en el proceso del evento de la vida involucrado, los recursos disponibles y las estrategias necesarias para afrontar determinado evento (135) de forma óptima.

Lo expuesto con anterioridad fue aplicado en la presente práctica dirigida donde se desarrollaron cuatro sesiones sincrónicas con el fin de aumentar el conocimiento en las participantes sobre las cuatro dimensiones de la sexualidad y estrategias de comunicación. El propósito de estas radicó en favorecer el desarrollo de la confianza y estrategias de afrontamiento por parte del grupo de referencia de las familias, conllevando a resultados satisfactorios en la comunicación con sus hijos e hijas. A continuación, se detallarán las sesiones sincrónicas, así como los temas y comentarios de las familias respecto a estos.

##### **4.4.1.4.1. Primera Sesión**

La primera sesión fue llevada a cabo el día viernes 21 de agosto del 2020 a las 18:15, pues fue el día y hora en la que las familias tenían disponibilidad para acceder. Tuvo

una duración de 1 hora 45 minutos a través de la plataforma Zoom y estuvieron presentes ocho representantes de las familias. En relación con la agenda, la sesión fue desarrollada de la siguiente manera:

- Bienvenida.
- Hallazgos de la fase diagnóstica.
- Dinámica de las sesiones.
- Conociendo señas.
- ¿Qué es la sexualidad?
- Cambios corporales.
- Enseñando sobre el cuerpo.
- Conversatorio.
- Dinámica de la siguiente sesión asincrónica.
- Despedida.

Antes de dar inicio formalmente, las participantes aprovechaban los minutos para conversar entre ellas, preguntar por sus hijos e hijas y realizar bromas; expresando la satisfacción por tener la oportunidad de reunirse. Se dieron cinco minutos para el ingreso de todas las personas, seguidamente se procedió a dar la bienvenida y se explicó la agenda planificada.

Una vez concluido, se detalló los datos obtenidos, el diagnóstico prioritario y las expectativas del programa educativo según las necesidades, a lo cual todas estuvieron de acuerdo. Referente a la información obtenida durante la valoración, debe ser validada para asegurar la veracidad de esta y exactitud de las impresiones generadas (137). Es trascendental ejecutar dicho aspecto para continuar acertadamente el Proceso de Enfermería. Así mismo, las familias deben conocer el diagnóstico considerado como idóneo para atender las principales necesidades y si lo planteado conlleva a la satisfacción de las mismas.

También se planteó la dinámica de realizar cuatro sesiones sincrónicas, una vez por semana cada 15 días; cuatro sesiones asincrónicas en las semanas posteriores al encuentro presencial. Se hizo hincapié en la cuarta sesión, pues las familias decidían si había un tema extra de su interés que debía ser abordado. Ante este panorama, las familias accedieron y les pareció adecuado.

La primera actividad fue llamada “conociendo señas”, en la cual cada participante debía realizar una seña relacionada a la dimensión biológica de la sexualidad. En caso de desconocer la seña, la persona procedió a indicar la palabra y “EH” mostró la forma correcta. En la siguiente tabla se muestra las palabras relacionadas (Ver Tabla 5):

**Tabla 5.** Señas de dimensión biológica y partes del cuerpo.

Familia	Palabra asociada a dimensión biológica	Parte del cuerpo
FAK	Relaciones sexuales	Rodilla
FACI	Crecimiento	Hombro
FADA	Características físicas	Orejas
FALI	Sexualidad//Explorar	Mano
FADO	-	Nariz
FAM	Sexualidad	Cabello
FAK	Desarrollo	Pies
FALA	Sexualidad	Dedos

Esta actividad se hizo en las sesiones posteriores debido al impacto generado en las familias; además, se utilizó dicha estrategia porque la lengua de señas requiere de un esfuerzo continuo correspondiendo a un proceso principalmente visual (138). Por consiguiente, conocer las señas de sexualidad, así como las partes del cuerpo resultó necesario para enseñarlas y realizarlas en las siguientes actividades; teniendo por objetivo aumentar el conocimiento de las mismas para su posterior uso con sus hijos e hijas, favoreciendo la comunicación entre ambas partes.

En la siguiente actividad, se partió de la pregunta “¿qué es sexualidad?”. En este sentido, resulta inasequible llevar a cabo el rol educativo si no se posee un panorama o intencionalidad clara (139); por lo tanto, fue necesario conocer el significado denotado a dicho concepto para impartir una charla breve desde la percepción de las familias y del enfoque integral de la sexualidad.

De este modo, como será mostrado a continuación, hicieron inferencia principalmente a la dimensión biológica, con ciertos rasgos conferidos a la psicológica y social.

*“Bueno cuando escucho la palabra sexualidad, se me viene a la cabeza como la orientación sexual o el género de cada persona” (FALA).*

*“Cuando escucho sexualidad, pienso en hombre y mujer” (FAK).*

*“Cuando pienso en sexualidad, pienso el rol que cumplen los hombres, o que cumplimos los hombres y las mujeres” (FAA).*

*“A mí se me viene a la cabeza el cuerpo humano y sus cambios físicos y emocionales” (FACI).*

*“Pienso muchas cosas, pero lo primero que se me viene a la mente son cómo los cambios hormonales” (FADO).*

Mediante la técnica denominada “Lluvia de ideas” se propicia la participación de las personas al brindar información de forma fluida y espontánea. Además, un aspecto a considerar es la mayor efectividad de las ideas generadas en el grupo en comparación con una estrategia individual. Así mismo, es ideal con un mínimo de seis personas y un máximo de 12 (140).

Aunado a lo anterior, uno de los métodos de enseñanza recomendado en el proceso de enseñanza-aprendizaje es convertir en actores activos a las personas sobre su propio conocimiento, a través de técnicas participativas donde se desarrolle la creación y recreación del conocimiento, brindando un papel protagónico y transformador del sujeto que aprende, siendo imprescindible la comunicación, interacción y reflexión (141).

Posteriormente, mediante la proyección de la pantalla a través de Zoom, se colocaron dos siluetas en alusión a un hombre y una mujer. Fue solicitado a las familias abrir sus micrófonos e indicar los cambios físicos de la pubertad. A continuación, se plasma lo indicado por las familias (Ver Tabla 6):

**Tabla 6.** Cambios físicos en la pubertad masculina.

Familia	Cambios en el cuerpo
FALI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bigote.</li><li>• Crecimiento de vello en axilas.</li></ul>
FADA	<ul style="list-style-type: none"><li>• La nariz crece.</li></ul>
FACI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambio de voz.</li><li>• Más caja, aunque sea una cajilla de fósforos.</li><li>• Empiezan a sudar</li></ul>
FAM	<ul style="list-style-type: none"><li>• Barba.</li><li>• Los hombros se ensanchan.</li><li>• Las manos se hacen más grandes.</li><li>• Crecimiento de pene y testículos.</li></ul>
FALA	<ul style="list-style-type: none"><li>• También les sale vello en el pecho.</li></ul>
FAKA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Más fuertes.</li></ul>
FADO	<ul style="list-style-type: none"><li>• A los hombres les da esto, que se le llama la manzana de Adán.</li><li>• Vello corporal</li><li>• ¿Erecciones?</li></ul>
FAK	<ul style="list-style-type: none"><li>• Las famosas eyaculaciones involuntarias</li></ul>

En varias ocasiones, tras ser mencionado un cambio, las familias retomaron cierto tema y se hacían preguntas y comparaciones entre sus hijos o hijas, tal como se muestra en las siguientes frases:

*“HD tiene cómo 4 cajas de fósforos. Toda una fábrica” (FALI).*

*“FALI, ¿ya HD tiene vello?” (FAN).*

*“Ay mita, usted viera, es un jardín aquello” (FALI).*

*“HE no. No tiene ni un solo pelo” (FAN).*

*“Ah no mita, HD ya pasa por la navajilla” (FALI).*

*“HJ igual” (FACI).*

*“Ay Dios mío, las oyeran chismorreando todo aquello, los chiquillos le dan un cosco a cada una. No quien dice, pero no se van a dar cuenta” (FALI).*

*“Claro, bravísimos, así se pone HJ” (FACI).*

Estas conversaciones entre las familias permitieron desarrollar un ambiente de confianza, lo cual fomentó la interacción entre estas y compartir sus experiencias; un elemento fundamental para llevar a cabo la clarificación del rol y la transición saludable como se menciona en apartados anteriores.

Una vez finalizados los cambios físicos en el hombre, se procedió a comentar sobre estos en las mujeres; a continuación, se muestra lo comentado por las familias (Ver Tabla 7).

**Tabla 7.** Cambios físicos en la pubertad femenina.

Familia	Cambios en el cuerpo
FAK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nariz.</li> <li>• Orejas.</li> <li>• Acné.</li> <li>• Cejas.</li> <li>• Las piernas se hacen “torneaditas”.</li> <li>• Los pies crecen.</li> </ul>
FAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labios.</li> <li>• Ensanchamiento de caderas.</li> <li>• Crecimiento de senos.</li> <li>• Vello en las axilas.</li> <li>• Menstruación.</li> </ul>
FAKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más forma en la cintura.</li> </ul>

De la actividad anterior resulta necesario destacar el conocimiento de las familias en aspectos físicos de la dimensión biológica. Es un requisito que las familias estén informadas para cumplir con su rol (142), no puede llevarse a cabo una educación de calidad si no se cuenta con los conocimientos necesarios para atender las expectativas de sus hijos e hijas.

A su vez, las TICs representan una muy buena opción en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Sus ventajas radican en el ofrecimiento de herramientas de fácil acceso, caracterizadas por proporcionar diversión y ser dinámicas (143). En este sentido, el uso de las tecnologías puede proporcionar un entorno agradable, de mayor comprensión y despertar interés de los temas a tratar.

Por otra parte, cabe resaltar que las familias se mantuvieron atentas en todo momento a las señas, haciendo preguntas sobre las mismas en caso de no conocerlas.

*“¿Puede repetir la seña de menstruación?” (FADO)*

*“Me está diciendo FAM que esta es la seña de menstruación” (EH)*

Esta atención a las diferentes señas realizadas por el facilitador permitió observar el interés no solamente en el aprendizaje de los conceptos de manera oral y en español, sino la necesidad de poder transferirlos al LESCO para ser ellas la principal fuente de información de sus hijos e hijas.

En otro aspecto, en relación con la siguiente actividad denominada “Enseñando sobre el cuerpo”, fue solicitado a las participantes dibujar su silueta en una hoja de papel. Posteriormente, colorearon con rojo las zonas del cuerpo que nadie puede tocar; amarillo para aquellas que solo pueden tocarlas algunas personas y con verde las que puede tocar cualquier persona, tal como se muestra en la fotografía (Ver Figura 18).



**Figura 18.** Actividad de “semáforo del cuerpo”, creado por FAKA.

Así mismo, han sido identificados beneficios del dibujo en el aprendizaje, tales como: aumento de la motivación, ayuda a organizar ideas, favorecimiento de la comunicación y el aprendizaje (144). Por lo tanto, esta actividad funge como herramienta educativa para plasmar premisas de forma clara, brindando elementos claves sobre el cuerpo de los adolescentes y a su vez, cumplir el rol al hacer protagonistas a los niños, niñas y adolescentes en el aprendizaje de su sexualidad.

Mientras realizaban la actividad, mantuvieron sus micrófonos activados y comentaron acerca de la silueta e indagaron sobre las partes del cuerpo coloreadas de las participantes. Así mismo, algunas personas hicieron alusión en que su dibujo iba a estar basado en su hijo o hija, siendo ejemplificado en los siguientes comentarios

*“Yo esto mejor lo voy a pensar si fuera el cuerpo de HD, porque si no, no le enseñé bien a HD, porque se pueden confundir las alertas” (FALI).*

*“Yo dibujé cómo dijo FALI pensando más en HC que en mí” (FALA).*

Las familias deben estar al tanto de posibles situaciones riesgosas para sus hijos e hijas, favoreciendo la intervención oportuna. Para conseguirlo, es necesario brindar apoyo y dotarlos de recursos (145) de fácil aplicación, obteniendo espacios para conversar y generar confianza.

Por lo anterior, esta actividad, permitió brindar una herramienta a las familias de fácil uso con sus hijos e hijas, la cual posee un componente visual importante como lo es la utilización de diferentes colores y generar una relación con el semáforo. Las familias lograron analizar cuales áreas debían estar en color rojo, con el fin de conversar con sus hijos la importancia del consentimiento en las distintas partes del cuerpo.

Al momento de mostrar y explicar el dibujo, las participantes denotaron el entendimiento de la dinámica, así como el uso adecuado de los colores

*“Como verán, mi dibujo de muñeco de chupa chupa, solo tiene los brazos en verde porque yo soy muy arisca, a mí no me gusta que la gente me esté abrazando ni mucho menos que me toquen la cara o la cabeza. Entonces la zona en rojo puede pasar a amarillo y tal vez a verde, pero solo bajo mi indicación, entonces por eso solamente pongo los brazos en verde para mí. Y también para enseñar a HC por la condición de HC en especial que nada, bracito, manito de saludo y punto. El resto mamá, el doctor y nada más” (FALA).*

*“Yo igual que FALA lo hice pensando en mi hijo, únicamente tienen derecho a tocarle la mano y los hombros para que vuelva a ver; después de ahí solo con permiso de él, en amarillo; lo rojo igual que FALA, únicamente el doctor o ciertas personas cómo yo o papá” (FAN).*

En efecto, el abordaje con los niños, niñas y adolescentes sordos no debe centrarse exclusivamente en actividades informativas pues se incurriría erróneamente a tomarlos en cuenta como entes pasivos (83)(146); en su lugar, dichas personas son las principales implicadas en el desarrollo de su sexualidad (146).

Por lo expresado en el párrafo anterior, esta actividad con las familias permitió ejemplificar como cada persona tiene un color distinto según la zona y el contexto en el que se desenvuelve; por ello, las familias deben involucrar a sus hijos e hijas en la actividad, tomando en cuenta su parecer y orientándolos durante tal proceso.

Para finalizar, se les comentó acerca de la dinámica de la sesión asincrónica de la siguiente semana. En este sentido, fue explicado el formulario sobre satisfacción de la sesión (Ver anexo 6); se proyectó la aplicación de Kahoot!, se demostró los pasos a seguir para mayor claridad y correcto registro de las respuestas a los enunciados (Ver anexo 5.1); se comentó el envío de infografías como refuerzo de la temática (Ver anexo 9.1); finalmente, se dio la despedida.

#### **4.4.1.4.2. Segunda Sesión**

La segunda sesión fue implementada el día 04 de septiembre del 2020 a las 18:15, la cual tuvo una duración de 56 minutos a través de la plataforma Zoom y se contó con la presencia de ocho participantes. La agenda contempló los siguientes aspectos

- Bienvenida.
- Retroalimentación de la primera sesión.
- EnSEÑAndo emociones.
- ¿Dónde lo siento?
- Aspectos psicosociales.
- Dinámica de la siguiente sesión.
- Cierre.

Mientras se esperaba por el ingreso de la totalidad de las participantes, se brindó un espacio de conversación y se corroboró las conexiones a internet para evitar los inconvenientes. Una vez transcurrido cinco minutos, se les dio la bienvenida y se comentó la agenda establecida para la sesión.

Seguidamente, se hizo una retroalimentación de las preguntas no acertadas en el juego de Kahoot!, generando un pequeño conversatorio en donde ellas comentaron cuál era la respuesta correcta y los facilitadores brindaron insumos sobre las mismas de forma positiva con todas las participantes.

La retroalimentación es concebida como una práctica relacionada con la evaluación (147) pues es útilmente empleada con el objetivo de disminuir la brecha entre los resultados de aprendizaje obtenidos y esperados (148). Un aspecto positivo radica en el mejoramiento de la calidad del aprendizaje y la posibilidad de obtener un impacto prolongado, puesto que permite a la persona ser consciente de su conocimiento (147).

De este modo, permitió retomar información clave plasmada en las preguntas, aclararla a las familias y contribuir en el fortalecimiento del contenido abordado.

Posteriormente, fue desarrollada la actividad denominada “EnSEÑAndo emociones”, en la cual cada representante de la familia debía indicar una seña relacionada a las emociones; en caso de no saberla, dijeron la palabra y el facilitador “EH” procedió a mostrarla. En la siguiente tabla se plasman las palabras indicadas (Ver Tabla 8):

**Tabla 8.** Señas de dimensión psicológica.

Familia	Dimensión Psicológica
FADO	Asustada
FADA	Triste
FACR	Cansada
FACI	Feliz
FALI	Estresada
FAKA	Miedo
FAM	
FAK	

Como parte de esta actividad fue dado el reforzamiento visual de las señas y sus emociones. Además, resultó de gran importancia acompañar la seña de expresiones faciales con el fin de transmitir realmente la emoción. Las señas utilizadas por ciertas familias permitieron evidenciar la emoción predominante en el momento, lo que además de una actividad rompehielo, significó un acercamiento a las experiencias de estas emociones.

Seguidamente, la actividad llevada a cabo fue llamada “¿Dónde lo siento?”. A través de esta, las participantes elaboraron una cadena de muñecos de papel. En cada silueta, identificaron la zona donde han experimentado la somatización de emociones como la felicidad, tristeza, enojo, miedo, estrés y disfrute; siendo plasmadas mediante la coloración de su preferencia. A continuación, se muestra uno de los resultados obtenidos (Ver Figura 19):



**Figura 19.** Actividad “¿Dónde lo siento?” desarrollada por FAK.

Voluntariamente, las familias procedieron a comentar sus dibujos, dando a conocer aspectos como el siguiente

*“Este es mi triste, en amarillo porque es el color que menos me gusta y lo siento en la cara. Feliz azul, es el color que más me gusta, aunque no se ve ahí pero bueno y lo siento en todo mi cuerpo. Disfrute, lo siento en mi corazón y mi cabeza. Enojo, lo siento en todo mi cuerpo, se me sale el fuah. Y el estrés lo siento cómo en mis hombros. Miedo, lo siento en el corazón, los brazos y piernas” (FAK).*

Como fue mencionado con las actividades de la sesión anterior, a través de estas estrategias puede crearse un ambiente ameno para desarrollar confianza entre la familia y la persona adolescente, además de brindar un espacio de conversación sobre el tema que deseen abordar.

Teniendo en cuenta que las emociones funcionan como guía para ejecutar acciones, deben ser determinadas y trabajar en estas a través del autoconocimiento emocional y manejo de las mismas. De esta forma, es propiciada la eficacia en el cumplimiento de roles (149) y la continuidad de la transición saludable.

Retomando aspectos claves mencionados, la actividad anterior les permitió a las familias desarrollar el autoconocimiento en las emociones personales y la somatización de estas a nivel corporal reconociendo donde las sienten cuando las experimentan. Además, funge como una herramienta para realizarla y generar este autoconocimiento en el adolescente en situaciones específicas con el fin de generar una transición saludable del desarrollo.

Al acabar, se prosiguió con una charla donde fue explicada la pubertad; las etapas temprana, media y tardía de la adolescencia; así como las características psicosociales de cada una de estas. Además, se hizo énfasis en la individualidad del proceso, pues podría presentarse variaciones en cada persona.

En relación con las dudas, únicamente surgió la siguiente

*“¿Ahora usted dijo las 3 etapas, yo quería saber si se puede dar la adolescencia precoz de más o menos los 8 años en adelante?” (FAM).*

Una vez aclarada la consulta, se procedió a explicar la dinámica de la próxima sesión asincrónica, siendo recordado el formulario sobre satisfacción de la sesión (Ver anexo 6) y el juego de Kahoot! (Ver anexo 5.2). Además, se comentó el envío de infografías (Ver anexo 9.2) como refuerzo de la temática; finalmente, se dio la despedida.

#### **4.4.1.4.3. Tercera Sesión**

La tercera sesión fue llevada a cabo el día viernes 18 de septiembre del 2020 a las 18:15, teniendo una duración de 1 hora 40 minutos a través de la plataforma Zoom y se contó con la presencia de siete participantes. La agenda, en esa ocasión estuvo compuesta por las siguientes actividades:

- Bienvenida.
- Retroalimentación de la segunda sesión.
- Conociendo señas.
- ¿Es correcto o incorrecto?
- Generalidades de los derechos.
- Dinámica de la siguiente sesión asincrónica.
- Cierre.

Tras haberse conectado a la sesión, las participantes procedieron a saludarse. Seguidamente, se dio la bienvenida y se retomó los temas de las preguntas en las que hubo fallos.

Para la actividad llamada “Conociendo señas”, fue solicitado a cada familia realizar una seña en alusión a los derechos. Así mismo, el facilitador “EH” estuvo atento a mostrarla, en caso de no saberla. A continuación, se plasman las palabras expresadas por las familias (Ver Tabla 9):

**Tabla 9.** Señas de dimensión ética.

Familia	Dimensión Ética
FAK	Derecho a la comunicación
FAM	Derecho a comprender u obtener información.
FALI	Derecho a la salud.
FACR	Derecho a la libre expresión.
FADO	Derecho a estudiar.
FALA	Derecho a tener una familia.
FAKA	Derecho a la igualdad.

Esta actividad permitió conocer la necesidad en la educación de la dimensión ética en relación con el ámbito de la sexualidad, ya que a pesar de la variedad de derechos mencionados, no se hizo alusión directa a la vivencia de la sexualidad.

Posteriormente, se llevó a cabo la actividad “¿Es correcto o incorrecto?”, la cual consistió en brindar un caso fragmentado en tres posibles escenarios (Ver anexo 10.1). Usar dicha estrategia con datos orientados a la realidad, favorece el aprendizaje de las personas participantes dada la influencia en los esquemas del pensamiento, capacidad de generar conflicto cognitivo y plantear soluciones. Además, permite llevar a cabo un proceso reflexivo mediante el empleo de conocimientos anteriores o recientes y la obtención de nuevos (150).

Por consiguiente, la actividad fue diseñada incluyendo situaciones expresadas por las familias en sesiones anteriores y por petición de estas, ya que recurrieron a los facilitadores para solicitar un espacio para su respectivo abordaje. Cada una de las

tres situaciones fueron leídas e interpretadas y posteriormente se abrió un espacio para realizar un conversatorio, viéndose favorecido el intercambio de ideas entre las familias. Es importante señalar la elaboración previa de preguntas (Ver anexo 10.2) para guiar la conversación, aunado a las interrogantes surgidas a partir de los comentarios proporcionados.

A grandes rasgos, el primer escenario planteado trató sobre un niño, niña o adolescente que acude a su mamá y papá para comentarle acerca de su pareja; sin embargo, no desea que aún conozcan a esa persona por el temor a ser avergonzado o avergonzada. Ante este panorama, las familias se expresaron de la siguiente manera:

*“No importa el momento que tenga novia, es importante conocer quién es, que conozca a la familia y conocerla. Si se cumple con eso, no importa que puedan salir, pero si conocerla [...] Eso es como una parte de la vida, todos lo van a vivir y tenemos que aceptarnos, pero también tenemos que aconsejarlos y orientarlos.”*  
(FAM).

*“Yo lo que pienso es que cuando ya HA venga con la noticia de que ya conoció a una persona, yo espero siempre darle la confianza de que él no se sienta avergonzado de mí, que sienta que yo siempre le voy a dar el mejor consejo. Yo siento que me voy a sentir muy feliz cuando me diga que ya conoció a alguien y todo el asunto. Si él quiere salir, yo le voy a dar a él la educación para que él sepa cómo tratar a una mujer y cómo respetarla. Sí me gustaría llegar a conocer a los papás y a la muchacha en todo caso... es que todo esto de las relaciones es muy difícil, pero yo espero darle muy buena educación a él para que sepa escoger bien y respetar.”* (FADO)

Durante la etapa de la adolescencia, la elección de una pareja en específico o lo que suceda en la relación tiene relevancia y significado vital para la familia ya que constituye un paso importante hacia la adultez y desarrolla la madurez emocional. Además, estas relaciones propician el proceso de individuación en la adolescencia y consolidan su identidad sexual, así como contribuyen en el establecimiento de su autonomía (151).

Con respecto a los comentarios expuestos sobre la necesidad de conocer a la pareja de sus hijos e hijas, las familias demostraron el interés sobre sus hijos e hijas y en brindar la orientación necesaria en el proceso. También reconocieron el noviazgo como un evento importante en la adolescencia y por esa razón el acompañamiento por parte de la familia y la autonomía de la persona adolescente debe representar un equilibrio en la relación.

A su vez, para otras familias dicha situación dependería de la etapa de la vida por la que estén atravesando sus hijos o hijas, por ejemplo, lo relatado a continuación:

*“Si estuvieran en la escuela, me sorprendería. Pero trataría de hablar con él para que me la presente, darle un poco de confianza para que no haga las cosas a escondidas. De pronto, las mamás pegan 4 gritos y le dicen “usted no puede y bla, bla, bla”. Entonces todo lo hacen a escondidas y uno mismo se quita la oportunidad de aconsejarlos a ellos. Si fuera en el colegio, lo voy a dejar, que Dios lo acompañe [...]” (FALI).*

Un elemento a destacar de lo expresado radica en la confianza. Tal como se vio en los fragmentos anteriores, fue considerada necesaria para el desenvolvimiento del rol. De este modo, podría brindarse educación oportuna a sus hijos o hijas y fungir como factor protector.

Para alcanzarlo, es crucial derribar barreras como la vergüenza para conversar temáticas relacionadas a las dimensiones de la sexualidad, falta de confianza o desconocimiento en la forma de abordar las situaciones con la familia. Cabe resaltar que esto ocurre principalmente con los padres y en menor frecuencia con las madres (152).

Lo anterior es observado en la presente práctica dirigida ya que, cómo se mencionó en apartados anteriores, las personas participantes estuvieron compuestas de únicamente mujeres madres, las cuales se orientaron en estrategias para abordar los temas. Sin embargo, no se observó un involucramiento de la figura paterna a pesar de la invitación por parte de los facilitadores.

Así mismo, desde el hogar debe asegurarse la creación de un ambiente optimizador de experiencias, siendo la comunicación entre la familia y el niño, niña o adolescente

un elemento clave. Los beneficios percibidos son múltiples, destacando el fomento del autoconcepto positivo, habilidades sociales, seguridad en sí mismo o misma, potenciación del autoestima, autoeficacia y control emocional (153).

Contrastando lo anterior, resulta de importancia destacar la existencia de diferencias notables según el género, pues socialmente el manejo de límites o roles suele discrepar en torno a esta variable

*“[...] no es que quiera sonar machista o feminista pero sí pienso que la educación o libertad que se la da a un hombre de repente... no lo sé porque no tengo varones... pero es muy diferente a la de la mujer [...] trato de ser lo más abierta con mis hijas, les hablo muy abierto por ejemplo que les van a dar un beso, les va a gustar y van a sentir rico por allá y por acá... yo les hablo muy claro para que ellas tengan la confianza. En el momento que la pierdan, yo creo que perderían toda la confianza para toda la vida” (FAK).*

*“Hay una cosa que me llamó la atención sobre lo que FAK dijo, con respecto a cómo criamos o que libertades les damos a los chicos y a las chicas. Por cultura costarricense, uno sabe que, aunque no se deba, es diferente. Sin embargo, yo que trabajo con chicos porque soy educadora y, aunque soy maestra de escuela, ahora los chiquillos maduran mucho más rápido. Y yo les cuento, con el perdón de las mamás de chiquitas, que en muchos casos son más bandidas las niñas que los chiquillos. Entonces, ahora hay que cuidarse y vigilar tanto chicos como chicas” (FALA).*

Basado en los comentarios previos, se observó diferencia de género con respecto a las libertades otorgadas a los hombres o mujeres. Dichas diferencias pueden presentarse a nivel cultural, social y/o de valores, transmitiéndose a lo largo de los años a través del proceso de socialización (154).

Las familias reflejaron las diferencias de género que han sido perpetradas a lo largo del tiempo, siendo una de estas la otorgación de una mayor libertad en la vivencia de la sexualidad al género masculino. A su vez, reconocieron que debido a los cambios generacionales esta brecha ha ido disminuyendo entre hombres y mujeres, por la educación de la familia en sus hijos e hijas.

No obstante, creyeron importante propiciar el manejo de límites independientemente del género, tal como se muestra a continuación

*“Los límites tienen que ser parejos para todos y justamente ese es el problema porque por ejemplo si Hl tiene un novio que en la casa jamás le pusieron límites entonces no va a saber hasta dónde llegar con mi hija” (FAK).*

*“Yo creo que los límites deben existir y nosotras como mamás de varones tenemos que enseñarles que hay límites tanto aquí como en la casa donde vayan a ir, donde esté esa señorita que les llama la atención y deben respetarlos” (FALI).*

En consecuencia, los límites tienen la particularidad de mantener el funcionamiento familiar y esclarecer la diferenciación entre los miembros mediante la instauración de reglas. Por consiguiente, estos diferencian una familia de otra y las personas externas deben considerar el contexto, las acciones ejecutadas y los acontecimientos habituales en los hogares (155) al tener contacto con estas.

Aunado a lo anterior, es claro el papel de los límites como protectores, siendo pertinente mantener la posición al respecto para asegurar el desenvolvimiento adecuado de los roles a nivel interno, por lo que los facilitadores tomaron el rol de clarificación al recordar la importancia de los límites en los hogares. No obstante, estos debían ser determinados por el mismo núcleo y tomando en cuenta las características de cada familia.

Así mismo, algunas de las familias hicieron saber sobre los retos que han tenido que vivenciar, siendo muy variadas las experiencias dadas las características propias de cada niño, niña o adolescente.

*“Hl es una cosa maravillosa... me brinca 3 metros cuando yo le digo “no señora se terminó el tiempo, ya apague eso, venga siéntese, vamos a estudiar, vamos a hacer tareas”. O sea los límites han sido muy difíciles en esta etapa, por lo menos en lo que llevamos en este año y no sé si el encierro coincidió con todo esto de la pandemia” (FAK).*

Las personas que conviven en una misma familia deben conocer las reglas y los límites ya que estos les permiten relacionarse y comprenderse. Por esa razón, cuando

un miembro no logra cumplir con lo establecido, se generan gestos, comentarios y conductas con el fin de señalar lo no permitido; iniciando eventos de estrés y conflictos entre las partes (155).

Las familias tienen los límites claros en distintas áreas como lo es en lo académico; sin embargo, en ocasiones deben recordarlos, aunque su hijo o hija no esté de acuerdo con ello, desatando conflictos de diferente magnitud entre la familia y la persona adolescente.

A su vez, un aspecto resaltado fue el hecho de no querer repetir los métodos bajo los que las participantes crecieron. Por el contrario, su objetivo se encontró basado en implementar un rol balanceado:

*“Yo fui criada en una familia católica, muy tradicional en muchísimas cosas y yo fui la ovejita negra, yo fui la que se salió del canasto; no demasiado, pero sí. Porque a mami yo le decía: “Ma, quiero ir a tal lado”, ella me decía “No”. Yo tenía 20 años y mami seguía diciendo no [...] Yo no quiero que HC viva algo así. Entonces también espero no caer en todo lo contrario, en ser una mamá excesivamente alcahueta”*

(FALA).

La frase expuesta con anterioridad, refleja la ruptura generacional en las familias, ya que estas no desean continuar la historia vivenciada por ellos; permitiendo una mayor apertura a conocimientos con el fin de generar espacios de diálogo sobre la sexualidad en el contexto actual que vive cada una de las familias (152).

Las participantes mantuvieron aceptación durante la sesión para conversar entre estas y los facilitadores sobre los casos, exponiendo la situación de sus hijos e hijas y la vivencia de ellas durante su adolescencia, resaltando la necesidad de cambiar aspectos con los que no estuvieron de acuerdo en situaciones específicas; reforzando aquellos que creían necesarios en su familia.

Con respecto a la segunda parte del caso, transcurrió un conflicto debido a la negación de un permiso. Por ello, el hijo o hija amenazó con irse de su casa para donde un familiar, luego se dirigió a su habitación y cerró la puerta bruscamente. Ante dicha situación, las familias emitieron lo siguiente:

*“HI ya me ha tirado la puerta de hecho, cada vez que se molesta se mete al cuarto y tira la puerta. Yo se la abro muy decentemente y le digo que el día que ella tenga plata para pagar su casa, sí va a poder tirar las puertas; en esta casa no puede”*  
(FAK).

*“Conociéndome, yo seguramente me bajo de la cruz y se me sale el Chucky. Tendría que quedarme como a respirar un rato y todo y ógame que ya en este momento, recién cumplidos 12 años HC y yo a veces le digo que no a algo y le vale exactamente lo mismo”* (FALA).

*“Depende de la situación porque a veces nosotros creemos que nos entendieron y tal vez nosotros no le explicamos algo y se van tan furiosos que tiran la puerta. Yo creo que yo no estoy equivocada y creo que muchos de nosotros lo hemos hecho o deseamos hacerlo cuando alguien nos dice algo que no nos gusta”* (FALI).

Las familias han presentado diferentes conflictos cuando se establecen los límites y sus hijos e hijas no lo cumplen, por lo que se procede a establecer las consecuencias respectivas, aumentando aún más los problemas entre ambas partes: el adolescente de forma retadora hacia la figura materna cerrando puerta con fuerza o ignorando lo que estas dicen; la figura materna buscando conversar en el momento y reforzar su autoridad.

A su vez, han tenido que lidiar con otro tipo de situaciones con sus hijos e hijas, pues es común que al estarles explicando algo empleen otros métodos para no prestar atención. Aun así, estuvieron de acuerdo en la necesidad de recalcar y estar firmes con el rol desempeñado:

*“Si no le da la gana de prestar la atención cierra los ojos y uno se queda... ¿Qué hago? ¿Le doy o qué?... Y eso que decía FALI, que a veces uno no sabe si ellos entendieron o no entendieron, pero en mi caso yo tengo una comunicación muy buena con HI, si ella no me entiende es porque no le da la gana, no porque no me supe explicar [...] Ellos tienen que entender que hay un papá y una mamá y que están para ponerle límites y para ponerles, en todo caso, castigos.”* (FAK).

*“En mi casa tengo los límites muy claros y los cumpla sin falta. Con el mínimo error, una mala actitud, mala acción o falta de respeto tiene su consecuencia porque es sumamente importante que ellos aprendan a respetar todo lo que los rodea” (FAM).*

Cuando no se cumplen con los límites establecidos, las figuras de autoridad en las familias imponen un castigo o consecuencia, consistiendo en un procedimiento por el cual una persona realiza un comportamiento percibido como erróneo, generando una respuesta desagradable o aversiva con el fin de producir una disminución de dicho comportamiento.

Las familias han establecido sus límites, así como sus castigos cuando los hijos e hijas no cumplen con lo dictado en el núcleo familiar por ellas como figura de autoridad, asegurándose que estos estén claros sobre los límites y manteniendo una postura firme con respecto a estos.

En esta misma línea, el rol ejercido se ha visto limitado debido a las posiciones de otros miembros de la familia, tanto que vivan en el mismo hogar como fuera de este

*“Tiene mucho que ver también los otros que viven en la casa, en este caso mi esposo o mi mamá, de repente yo le impongo una consecuencia a HI, por ejemplo:*

*“HI, mañana no va a usar el teléfono en todo el día”, un día y ella murió; pero cuando baja donde mi mamá, de repente la veo sentada en el sillón con el teléfono de mi mamá porque ¡pobrecita la chiquita! viene y se lo pide. Yo le digo a mami: “pregúnteme a mi primero”. Si yo le digo: “no va a comer más chocolates”, entonces yo tal vez se los escondo, pero cuando veo es que mi esposo va a la pulpería y le compra un chocolate. Termino yo siendo la villana” (FAK).*

Cuando una familia no logra establecer una correcta comunicación entre los miembros, puede llegar a presentarse conflictos debido a la falta de comunicación y su relación con el deficiente establecimiento de normas y reglas dentro del hogar, lo que podría generar un establecimiento de relaciones negativas poco favorables entre las personas (156).

Las familias en el programa educativo refirieron como la poca comunicación entre las madres y otros miembros familiares de autoridad para la persona adolescente repercutió en el establecimiento de los límites ya que, cuando estas niegan un permiso

o realizan un castigo, otro miembro como el padre o la abuela omiten la instrucción y ayudan al adolescente, generando conflictos entre todas las partes implicadas.

En otro aspecto, el grupo de pares posee influencia en esta población, convirtiéndose en un desafío para las familias

*“Con HD me pasa porque ya es un adolescente, está haciendo videollamadas con sordos y él Dios libre yo me arrime y vea lo que está hablando. Más sin embargo, yo me la juego para esconderme porque creo que a veces es necesario y un día de estos lo pesqué en una conversación con un amiguito sordo y le decía: “usted ya tiene 12 años, puede comportarse como un adulto, puede hacer lo que quiera y no le debe de importar lo que sus papás dicen”” (FALI).*

Con lo mencionado por la familia, se tiene una clara intervención en la formación del individuo en esta etapa de la vida, la cual no debe ser descuidada a pesar de que la persona adolescente comience a tener una influencia por su grupo de pares, quienes en ocasiones generan cuestionamientos y modifican las creencias inculcadas en el grupo familiar (142).

A pesar de las participantes conferir libertad para generar vínculos de amistad con sus grupos de pares, mantienen una cercanía sobre los temas, actitudes y comportamientos de estas con el fin de poder discernir aquellas relaciones con las que están en desacuerdo y poder tomar medidas pertinentes en el hogar.

La tercera parte del caso trató sobre la petición de los niños, niñas o adolescentes a que los dejaran solos con sus amigos o amigas durante una presentación. Las familias estuvieron conscientes sobre la alta probabilidad de experimentar una situación similar e hicieron alusión a las características propias de la etapa, tal como se detalla en los siguientes comentarios:

*“Como mamá, yo creo que las mamás tenemos que estar preparadas emocionalmente y psicológicamente porque nos va a pasar [...] Hay que aceptar esa etapa, va a pasar y va a llegar también el momento en el que los secretos me los va a decir también a mí” (FAK).*

*“Yo pienso que ahí también uno tiene que aprender a recordar un poquito lo que nosotros vivimos en nuestra adolescencia. Saber que es algo normal” (FALA).*

Un aspecto importante es que en esta etapa puede surgir un desprendimiento en donde los vínculos entre la familia y la persona adolescente experimentan cambios, propiciándoles generar autonomía mental en dicho periodo. Sin embargo, se debe recalcar el acompañamiento de las personas adolescentes en todo este proceso, brindando seguridad emocional para llevarlo de la mejor forma (142).

Aunado a lo anterior, las familias expresaron la importancia de permitir a sus hijos e hijas diferentes experiencias con sus amistades, ya que recordaron su adolescencia y lo que esto significaba para cada una de ellas, por lo que les confieren la libertad de desarrollar sus vínculos con los grupos de pares.

En síntesis, las familias planifican una forma de vida específica en las diferentes relaciones, asumiendo su función de facilitar a los hijos e hijas la identificación de valores y símbolos de la sociedad. No obstante, las presiones de agentes externos de la familia, pueden modificar el proceso educativo que estas pretendieron llevar a cabo (142).

Al finalizar el conversatorio, las familias se encontraron satisfechas. Además, propusieron abordar el tema sobre relaciones sexuales coitales en la cuarta sesión sincrónica, estando todas de acuerdo.

*“Me quedó una duda, no sé si podemos abordarla luego con respecto al coito. Yo tengo duda con respecto a qué edad, o sea porque no es lo mismo explicárselo a mi hija oyente que explicárselo a mi hija sorda. Está FAM aquí que es testigo que los sordos de repente entienden lo que les da la gana entender. Pero yo sí le he explicado un poquito a HI eso, que si llegan y le dan un beso va a sentir rico, lo que les estaba contando ahora. Pero el coito como tal, no sé si conseguir dibujos, unos muñecos o como explicarle de manera visual para no asustarla y no crearle morbo porque eso para mí es muy importante, que no sienta el morbo” (FAK).*

Las familias hicieron hincapié en cómo lograr brindar educación a los niños, niñas y adolescentes sin generar “morbo” en estos o inclusive impulsarlos a obtener experiencias:

*“HD es un preguntón y yo muchas veces no sé cómo responderle por lo mismo, para no crear un morbo en él” (FALI).*

Complementario a lo anterior, es común en las familias ocultar aspectos sobre relaciones sexuales coitales con el objetivo de resguardar a sus hijos o hijas, pero esta es una práctica considerada como disfuncional (82). Las estadísticas indican que el inicio de estas ocurre cada vez a edades más tempranas (66). Por lo tanto, los y las adolescentes podrían incurrir en decisiones de riesgo dada la nula o escasa información, inclusive errónea dada la adquisición de fuentes informales.

La última de las actividades consistió en una charla en la que fueron incluidos aspectos generales de la Norma Nacional para la atención integral de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo; Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad; Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad; Código de la Niñez y Adolescencia y Ley de Reconocimiento de Lenguaje de Señas Costarricense (LESCO) como lengua materna. Esta dimensión ética fue complementada en los días posteriores mediante el envío de infografías (Ver Anexo 9.3).

Para finalizar, fue explicada la dinámica correspondiente a la semana siguiente, mediante las actividades asincrónicas. De este modo, se recordó el formulario sobre satisfacción de la tercera sesión (Ver anexo 6) y el juego de Kahoot! (Ver anexo 5.3). Posteriormente, se dio la despedida.

#### **4.4.1.4.4. Cuarta Sesión**

La última sesión fue desarrollada el día sábado 03 de octubre a las 18:15, dada la solicitud de las familias porque se les dificultaba realizar la sesión el viernes 02 de octubre. Por su parte, tuvo una duración de 1 hora 40 minutos a través de la plataforma Zoom, en la cual estuvieron presentes seis participantes. La agenda se llevó a cabo de la siguiente forma

- Bienvenida.
- Retroalimentación de la tercera sesión.
- Profundizando en señas.

- ¿Cómo lo hablamos?
- Métodos anticonceptivos.
- ¿Mito o realidad?
- Y ahora... ¿Qué sigue?
- Cierre.

Tal como sucedió en las sesiones anteriores, al inicio se saludaron. Luego, se dio oficialmente la bienvenida, se mencionó la agenda y se procedió a brindar retroalimentación de las preguntas fallidas.

La siguiente actividad consistió en mostrar señas relacionadas a métodos anticonceptivos, por parte de cada persona participante y, en caso de ser necesario, el facilitador “EH” procedió a proporcionar ayuda con estas. En la siguiente tabla se plasma lo expresado por cada familia (Ver Tabla 10).

**Tabla 10.** Señas de métodos anticonceptivos.

Familia	Métodos Anticonceptivos
FAK	Pene.
FAM	Condón.
FALI	Vagina.
FADA	Pastilla.
FAKA	Condón Femenino.
FADO	Se unió posterior a la actividad.

Esta actividad, logró generar conciencia sobre la falta de señas en relación a los métodos anticonceptivos, tanto en las familias como en los facilitadores. Dado esto, se recurrió a una explicación detallada del concepto en español para brindar una mayor clarificación de estos elementos.

Posteriormente, se procedió a brindar recomendaciones para abordar el tema de relaciones sexuales coitales con sus hijos e hijas. Además, se hizo énfasis en las particularidades de cada familia, su forma de realizarlo y aspectos necesarios a tener en cuenta. Las participantes expresaron su satisfacción con los datos brindados, siendo aclaradas dudas al respecto:

*“Yo pensaba que, si yo hablaba de este tema, podría crear una motivación a que esa persona lo experimente. Gracias por aclararlo” (FAM).*

Se ha observado que cuando las familias se sienten avergonzadas a conversar sobre la sexualidad con sus hijos e hijas, generalmente creen que aspectos relacionados a este tema como embarazo y anticoncepción son inapropiados para las personas adolescentes (157).

Contrastando lo anterior, cuando las familias se comprometen y se sienten cómodas abordando y conversando el tema de la sexualidad con sus hijos e hijas, se tiene por resultado el mayor conocimiento por parte de las personas adolescentes y más proactividad al buscar otras fuentes de información confiable como servicios médicos y áreas de salud (158).

Mediante esta sesión las familias lograron comprender que hablar sobre la sexualidad no motiva a una experimentación en las personas adolescentes, sino que los dota de herramientas y conocimientos para poder afrontar las situaciones relacionadas a este tema.

Después de esto, se brindó información específica de cada método anticonceptivo como mecanismo de acción, duración, ventajas, desventajas, mitos y realidades. Las familias tuvieron dudas o comentarios puntuales, como será detallado a continuación.

En primer lugar, asociado con el dispositivo intrauterino, hicieron alusión a lo siguiente:

*“Ya tuve la T de cobre y me generó mucho sangrado y dolor de cabeza. Lo usé por dos años y no pude más” (FAM).*

Con respecto a la varilla implantable, las consultas estuvieron dirigidas a:

*“¿El aumento de peso es por lo mismo que nos va a causar ansiedad?” (FAK).*

*“¿Cómo se coloca este dispositivo? ¿Qué provoca? ¿Hay molestias?” (FAM).*

Las conversaciones de las familias con sus hijos e hijas sobre la sexualidad, se relaciona con un retraso en el inicio de la actividad sexual coital y aumenta el uso de

anticonceptivos, siendo el condón el método principalmente utilizado por los adolescentes (158).

Las familias al tener conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos, desarrollarán confianza con el fin de afrontar la situación cuando sus hijos e hijas les consulten por este tema o estas de manera proactiva puedan iniciar la conversación. Al realizar las consultas, les permitió derribar mitos sobre el uso de los anticonceptivos, así como aclarar las dudas específicas para poder explicarlo eventualmente.

Concerniente al condón femenino, hubo desconocimiento por parte de las participantes, lo cual propició el surgimiento de dudas y comentarios en relación con su uso

*“Es la primera vez que veo un condón femenino. Me parece la cosa más incómoda del mundo, demasiado incómodo; yo creo que no lo usaría” (FADO).*

*“O sea pienso que sí hay que andarlo y enseñarlo a las chiquillas, bueno en mi caso que tengo una mujer, andarlo en algún momento pero sí como dice FADO me parece súper incómodo. ¿No es mejor que se lo ponga el hombre primero y luego se introduzca en la vagina y ahí se queda?” (FAK).*

*“Yo estuve en una charla y me dijeron exactamente eso, que uno puede ponérselo unas horas antes para no estar en ese momento diciendo: “espere, me voy a poner el condón” (FALI).*

Con respecto a este método, se ha observado que no se tiene un conocimiento al respecto, provocando el surgimiento de ciertos miedos con su utilización por desconocer la técnica correcta, así como por despertar preocupaciones respecto a su seguridad y efectividad (159). Por otra parte, se han observado algunos impactos negativos del uso del condón como, por ejemplo: la difícil utilización, miedo de mantener en todo momento la posición correcta, problemas con la intimidad, no desean usarlo o sensación de disminución del placer (160).

Cuando se realizó la demostración a las familias sobre el uso del condón femenino, se consideró con la probabilidad de generar incomodidades, rehusándose a

contemplantelo como opción. Sin embargo, consideraron importante conocerlo para poder educar especialmente a sus hijas en la utilización de este.

Por otra parte, se encontraron mayormente familiarizadas con el condón masculino. Al ser preguntado sobre los pasos, se evidenció el conocimiento de estos:

*“Tiene que sostenerla para quitarle el aire. ¡Soy una experta en ese tema!” (FAK).*

En caso de un fallo de alguna de las participantes, las familias procedieron a indicar la posible respuesta:

*“El primer paso es romper la bolsita con las manos, nunca con los dientes” (FAKA).*

*“No, el primer paso es verificar la fecha de vencimiento” (FAKA y FALI).*

Los espacios educativos dirigidos a las familias con personas adolescentes dentro de sus miembros, resulta de gran relevancia ya que pueden provocar una disminución en las barreras en la comunicación entre las familias y sus hijos e hijas acerca de prácticas sexuales seguras, particularmente en el uso de condones (157).

Cuando se abordó el condón masculino, se observó un amplio conocimiento por parte de las familias, por lo que solo se generó un reforzamiento positivo con el objetivo de aclarar los conceptos erróneos de este método en específico.

Con respecto a la última actividad, se desarrolló “Mito o Realidad”. Para esta ocasión, se brindó un enunciado y las familias indicaron si era verdadero o falso (Ver anexo 11). Solamente hubo un fallo pues fue considerado como verdadero la imposibilidad de quedar embarazada en días anteriores o posteriores al periodo de ovulación, a lo cual fue expresado lo siguiente:

*“Nosotros pensando inteligentemente que estábamos en lo correcto” (FADO).*

*“Bueno entonces tenemos solo uno o dos porque Dios es muy poderoso” (FAK).*

A su vez, agregaron otros mitos escuchados como el mostrado a continuación:

*“Otra cosa que es un mito es que, si va a orinar inmediatamente después que el hombre ha eyaculado, tampoco queda embarazada” (FAK).*

Para finalizar se explicó sobre la sesión a tener en el mes de enero con el fin de poder brindarles una retroalimentación sobre los resultados durante el programa educativo; posterior a esto se dio el cierre por parte de los facilitadores y se procedió a dar la despedida.

A modo de cierre de la ejecución de las sesiones sincrónicas, se debe tomar en cuenta los intereses de los adolescentes con el fin de brindar una información clara y adecuada para la etapa en la que se encuentran, motivando a la reflexión y análisis sobre la toma de sus propias decisiones y afrontar las consecuencias cómo resultado de sus acciones. Los intereses del adolescente pueden ser múltiples, por lo que resulta importante conocerlo y generar una relación con la sexualidad para aumentar su interés y concentración en este tema (142).

Finalmente, durante el desarrollo de las cuatro sesiones, se realizaron diferentes actividades, con el fin de dotar a las familias de herramientas para poder conversar con sus hijos e hijas sobre las distintas dimensiones de la sexualidad, así como aclarar las dudas que estas presentaron a lo largo de las sesiones, para que puedan explicarle a las personas adolescentes de la mejor forma no solo en español, sino también en LESCO y a su vez, logren suplir las necesidades surgidas de la interacción.

#### **4.4.2. Indicadores de Resultados**

Los indicadores de resultados tienen un elemento de evaluación eficaz durante un proceso de transición, así como de la Terapéutica de Enfermería. Una correcta orientación y educación mediante esta, permitiría cambiar el nivel de conocimiento, actitudes y otras condiciones de las transiciones, mejorando la capacidad de respuesta ante nuevas situaciones promoviendo una transición saludable (161). En los siguientes segmentos se detalla la utilización de los indicadores de resultados en la evaluación del programa educativo a lo largo de las sesiones asincrónicas desarrolladas, respondiendo al cuarto objetivo de la presente práctica dirigida.

##### **4.4.2.1. Dominio**

Las dificultades que algunos enfrentan durante la transición, es la falta de dominio de una habilidad (114), por lo que es importante recalcar que, independientemente del tipo de transición, considerar una transición como exitosa tiene ciertos componentes

claves como el dominio de nuevas habilidades, bienestar emocional y transformación personal (118).

Por otra parte, para determinar que una persona está atravesando una transición de forma exitosa, se considera el reemplazo de sentimientos expresados por esta como estrés por una sensación de bienestar y dominio en eventos representativos de un cambio (162).

Un aspecto importante relacionado al dominio es el empoderamiento, el cual puede considerarse como un resultado posible del proceso de transición. Además, el proceso de empoderamiento comienza con una fase de conciencia asociada con un cambio contextual (163). En la transición de la niñez a la adolescencia de los hijos e hijas requirió del empoderamiento de las familias para poder hablar del tema de la sexualidad, iniciando con el aumento del conocimiento para que estas lograsen responder a las preguntas generadas por sus hijos e hijas.

Para lograr conocer si las familias experimentaron un aumento en el conocimiento de los temas tratados durante las sesiones sincrónicas, se realizaron cuatro sesiones asincrónicas en la que se incluyó una actividad mediante la plataforma Kahoot! con el fin de evaluar mediante 10 preguntas las temáticas (Ver anexo 5).

Con respecto a la plataforma, en la primera sesión, algunas participantes manifestaron ciertas dudas sobre la utilización de esta ya que, a pesar de haber sido explicado en la primera sesión sincrónica al momento de utilizarla, no recordaban los pasos para iniciar el juego; dichas preguntas fueron respondidas con prontitud y las participantes lograron completarlo satisfactoriamente.

Por otro lado, una vez finalizada la semana de tiempo otorgada para realizar las sesiones asincrónicas, la aplicación arrojaba los resultados con las preguntas de forma individual, asignando una puntuación del 0 al 100. Así mismo, contó con la opción de visualizarlos de forma grupal, lo cual favoreció la identificación de áreas a reforzar. Los resultados según las fases son detallados a continuación.

#### **4.4.2.1.1. Primera Sesión**

La primera sesión asincrónica se realizó posterior a la primera sesión sincrónica, durante la semana del 24 al 30 de agosto; se desarrollaron preguntas relacionadas a

generalidades de la sexualidad, la dimensión física y una estrategia llamada “El semáforo” para abordar dichos temas. En dicha sesión las familias obtuvieron los siguientes resultados (Ver Tabla 11):

**Tabla 11.** Puntuación de la primera sesión asincrónica.

Familia	Puntuación
FADO	100
FAM	90
FACI	90
FAKA	90
FALA	90
FAA	90
FACR	80
FAK	80
FALI	80
FADA	70

El cuadro anterior permite observar las puntuaciones individuales por familia obtenidas en la plataforma Kahoot!, en donde el promedio grupal correspondió a 86%, reflejando el conocimiento adquirido por las mismas durante las sesiones sincrónicas.

Cuando se revisaron las preguntas para analizar áreas de mejora en la siguiente sesión sincrónica, se observó que la mayoría tenía de un 80% a un 100% de asertividad. Sin embargo, una de las preguntas con mayor dificultad para las participantes correspondió al significado del color verde en la actividad del semáforo, el cual indica que “todos lo pueden tocar”. De manera específica, cuatro de ellas marcaron la opción “solo algunas personas lo pueden tocar”; esta pregunta fue la de menor porcentaje correcto, siendo este un 60% de acierto.

#### **4.4.2.1.2. Segunda Sesión**

La segunda sesión asincrónica, fue enviada posterior a la segunda sincrónica de la semana del 7 al 13 de septiembre, en donde se realizaron preguntas de los temas correspondientes a etapas de la adolescencia, la dimensión psicológica y social. Las familias obtuvieron los resultados que se muestran a continuación (Ver Tabla 12):

**Tabla 12.** Puntuación de la segunda sesión asincrónica.

Familia	Puntuación
FADO	100
FACR	90
FALI	90
FALA	90
FAK	90
FACI	90
FAKA	80
FADA	80
FAM	70

Como se observa en el cuadro anterior, las puntuaciones individuales por familia obtenidas en la plataforma Kahoot! se mantienen entre un 70% a un 100% de acierto, siendo el promedio grupal igual a la primera sesión con un 86%, mostrando el aumento del conocimiento de estas en la sesión sincrónica anterior.

Posterior a obtener los resultados individuales y grupales, se procedió a hacer un análisis de las preguntas, con el fin de determinar temas de dificultad para las familias y retomarlo en la siguiente sesión sincrónica. Concretamente, nueve de diez preguntas se encontraban entre un 78% y un 100% de respuestas correctas; sin embargo, una de las preguntas tuvo un 22% de acierto, la cual corresponde al conocimiento de las tres etapas de la adolescencia: seis familias marcaron “media”, una familia marcó “tardía”; la respuesta correcta correspondía a “prematura” pues no forma parte de las estas.

#### **4.4.2.1.3. Tercera Sesión**

Posterior a la tercera sesión sincrónica, se envió por la mensajería de WhatsApp la tercera sesión asincrónica de la semana del 21 al 27 de septiembre, con el propósito de evaluar los temas abordados correspondientes a la dimensión ética y la importancia del establecimiento de límites en la familia con sus hijos e hijas. Una vez concluido el tiempo para realizar dicha sesión, se obtuvieron los resultados detallados a continuación (Ver Tabla 13):

**Tabla 13.** Puntuación de la tercera sesión asincrónica.

Familia	Puntuación
FALI	100
FADO	100
FAK	100
FALA	90
FACR	90
FAKA	80
FAM	80

Según lo expuesto previamente en la tabla, las puntuaciones individuales por familia en la plataforma Kahoot! oscilan entre un 80% a un 100% de acierto, siendo el promedio grupal 91%, mostrando el aumento del conocimiento de estas en comparación a la sesión sincrónica anterior.

Una vez finalizado el tiempo establecido para completar esta sesión, se indagó sobre el nivel de dificultad de las familias para retomarlo en la siguiente sesión sincrónica. Precisamente, nueve de diez preguntas se encontraban entre el rango de 86% a 100% de respuestas correctas.

No obstante, una de las preguntas tuvo un 43% de acierto, correspondiendo a si las personas adolescentes sordas no entienden la información, la responsabilidad es atribuida a la familia. Ante esto, cuatro familias respondieron “verdadero” y la respuesta correcta correspondía a “falso”, debido a que es responsabilidad de diferentes instituciones brindar información accesible y comprensible a todas las personas.

#### **4.4.2.1.4. Cuarta Sesión**

La cuarta sesión asincrónica, fue la última de las sesiones y fue enviada posterior a la sincrónica, en la semana del 05 al 11 de octubre, evaluando los temas sobre métodos anticonceptivos y la importancia de abordar este tema con sus hijos e hijas. Dentro de los resultados individuales de las familias, se obtuvieron los siguientes (Ver Tabla 14):

**Tabla 14.** Puntuación de la cuarta sesión asincrónica.

Familia	Puntuación
FADO	100
FALI	90
FAM	90
FAK	90
FACR	90
FALA	80
FAKA	80
FADA	70

El cuadro expuesto previamente, muestra las puntuaciones individuales por familia obtenidas en la plataforma “Kahoot!”, en donde estas se mantuvieron entre un 70% a un 100% de respuestas correctas, siendo el promedio grupal igual a la primera sesión y segunda sesión con un 86%, mostrando el aumento del conocimiento de estas en la sesión sincrónica anterior.

En otro aspecto, una vez finalizado el tiempo para completar dicha actividad, se realizó un análisis de las preguntas, con el fin de determinar temas de dificultad para las familias y retomarlo en las diferentes infografías. Exactamente, nueve de diez preguntas se encontraban entre un 75% y un 100% de respuestas correctas; una de las preguntas tuvo un 63% de acierto, la cual correspondió a cuál opción no pertenece al método anticonceptivo con aplicación inyectable: dos familias seleccionaron “1 mes”, una de ellas colocó “ninguna de las anteriores” y cinco respondieron correctamente “6 meses”.

#### **4.4.2.1.5. Resultados NOC**

Las cuatro sesiones asincrónicas realizadas mediante la plataforma Kahoot! descritas en apartados anteriores permitió, mediante indicadores empíricos, determinar si la puntuación de los indicadores NOC aumentó en comparación con la valoración inicial.

Aunado a lo anterior, los diferentes indicadores tanto de los NOC como los empíricos, respondieron a las cuatro dimensiones de la sexualidad, así como las estrategias

brindadas a las familias con el fin de que estas tuvieran el conocimiento para una comunicación eficaz con sus hijos e hijas.

Una vez que se finalizaron todas las sesiones, tanto sincrónicas como asincrónicas, se procedió a asignarles una puntuación y colocarlas en el cuadro descrito a continuación (Ver Tabla 15):

**Tabla 15.** Puntuaciones de indicadores NOC.

NOC [1826]: Conocimiento: cuidado de los hijos			
Indicador	Puntuación		Diferencia
	Antes de la intervención	Después de la intervención	
182602: Conducta normal del niño	3	4	1
182603: Necesidades de seguridad	2	4	2
182607: Necesidades psicológicas	2	4	2
182608: Necesidades emocionales	2	4	2
182616: Expectativas adecuadas a la edad	1	3	2
182619: Estrategias de comunicación eficaz	1	4	3

Los puntajes asignados de manera grupal permiten observar que sí hubo un aumento de conocimiento posterior a la implementación de las sesiones por parte de los

facilitadores con respecto a las diferentes dimensiones de la sexualidad. Esto fue producto de la clarificación del rol, lo cual permitió esclarecer las dudas de las familias con respecto a la etapa de la adolescencia y las dimensiones de la sexualidad.

Finalmente, cabe resaltar que las estrategias aprendidas por las familias fueron reforzadas en la implementación y la evaluación mediante la plataforma Kahoot!, observándose un aumento en el conocimiento teórico para explicar las dimensiones, y práctico en cuanto a las herramientas que estas pueden utilizar para compartirlo de manera clara mediante actividades lúdicas.

#### **4.4.2.2. Identidades integradoras fluidas**

Un aspecto importante a considerar corresponde a las identidades integradoras fluidas, las cuales se pueden considerar cómo exitosas mediante la reformulación de la identidad, ya que estas reflejan cambios asociados a la transición que experimenta un individuo (119).

Aunado a lo anterior, cuando las familias aumentaban el conocimiento de los temas, además de diferentes estrategias para abordar la temática de la sexualidad en sus cuatro dimensiones y señas útiles para referirse a ciertos conceptos, se obtenían comentarios en la siguiente sesión sobre como este aprendizaje ha cambiado la forma de comprender a sus hijos e hijas y como han implementado las técnicas aprendidas en el diario vivir, resultando en un cambio a nivel familiar:

*“[...] en estos días me sentaré a hacer esas actividades con mi hijo y él comprenda más sobre los cambios del cuerpo como también como cuidarse a sí mismo” (FAM).*

*“Hl me preguntó sobre mi dibujo y ya me senté a explicarle” (FAK).*

*“[...] aprendí hoy varias señas” (FALA).*

Lo expuesto resulta de gran importancia en la identidad de estas para abordar los temas de sexualidad, observándose que utilizaron las técnicas para conversar con sus hijos sobre las diferentes dimensiones. Además, lograr la reconstrucción de una identidad propia es esencial para la transición atravesada por una persona, así como el tiempo (162).

Finalmente, basados en la información expuesta en los apartados anteriores sobre los indicadores de una transición saludable, tanto los de proceso cómo los de resultado traducidos a indicadores de una taxonomía estandarizada como son los NOC, se fusionan en el siguiente cuadro (Ver Tabla 16):

**Tabla 16.** Resumen de los indicadores de proceso e indicadores de resultado.

Indicadores de una transición saludable
<p>Indicadores de proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza entre el grupo de referencia.</li> <li>• Interacción entre familias de hijos e hijas sordas y personal de salud.</li> <li>• Compartir experiencias entre el grupo de referencia.</li> <li>• Conocimiento de las dimensiones de la sexualidad.</li> <li>• Conocimiento de señas en LESCO.</li> </ul>
<p>Indicadores de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta normal del niño.</li> <li>• Necesidades de seguridad.</li> <li>• Necesidades psicológicas.</li> <li>• Necesidades emocionales.</li> <li>• Expectativas adecuadas a la edad.</li> <li>• Estrategias de comunicación eficaz.</li> </ul>

La tabla expuesta previamente (Ver Tabla 16) permite demostrar de manera resumida la cohesión existente entre la teoría de Meleis junto con los resultados NOC y como estos se llevaron a cabo mediante diferentes estrategias desarrolladas por los facilitadores durante las sesiones.

#### **4.4.3 Satisfacción del Programa Educativo.**

Conforme finalizaban las sesiones sincrónicas, en las asincrónicas junto con las evaluaciones mediante la plataforma “Kahoot!” (Ver anexo 5), se enviaba formularios de Google (Ver anexo 6) con el fin de evaluar la satisfacción de las familias con respecto al programa educativo; se hace imprescindible valorar si el suministro de los recursos es el adecuado para cubrir sus necesidades (164).

En este formulario se establecieron dos preguntas: en la primera, se pretendió conocer la satisfacción de las sesiones mediante una escala de Likert del uno al diez (1-10); en segundo lugar, se indagó sobre recomendaciones para la próxima sesión. En el presente apartado se detalla la información por cada una de las sesiones.

De forma general, se obtuvieron 33 respuestas en la totalidad de las sesiones, en donde la prevalencia del grado de satisfacción se mantenía en puntuaciones ente 9 a 10, correspondiendo a 5 familias seleccionaron un nueve, dando como resultado un 15,2% del total de ellas y 28 seleccionaron 10, siendo esto un 84,8% del total

#### **4.4.3.1. Primera Sesión**

En la satisfacción de la primera sesión se obtuvieron 10 respuestas de familias, en donde las puntuaciones oscilaron entre un 9 a 10, respondiendo a una gran satisfacción por parte del grupo de referencia. Algunas de las recomendaciones para la siguiente sesión y comentarios sobre esta correspondían a:

- Mejor manejo del tiempo.
- Muy buena la clase.
- Me encantó que todo siga así.
- Súper satisfecha. Lo que se aprendió podemos trabajarlo con los hijos. Excelente Sesión.
- Todo muy lindo y muy claro.

#### **4.4.3.2. Segunda Sesión**

En la satisfacción de la segunda sesión se obtuvieron 7 respuestas de familias, en donde las puntuaciones se encontraban entre un 9 a 10, reflejando una alta satisfacción por parte de estas. Algunas de las recomendaciones para la siguiente sesión y comentarios sobre esta correspondían a:

- Muy bueno
- Todo súper lindo
- Manejo de límites en la adolescencia

#### **4.4.3.3. Tercera Sesión**

En la satisfacción de la tercera sesión se obtuvieron 9 respuestas de familias, en donde las puntuaciones se mantenían al igual que en sesiones previas entre un 9 a 10, reflejando un buen sentimiento de satisfacción por parte de las familias. Algunas de las recomendaciones para la siguiente sesión y comentarios sobre esta correspondían a:

- Manejo del tiempo.
- Todo excelente, explican muy bien.

#### **4.4.3.4. Cuarta Sesión**

En la satisfacción de la última sesión se obtuvieron 7 respuestas de familias, en donde las puntuaciones se mantenían entre un 9 a 10, reflejando un alto grado de satisfacción por parte de las familias. El comentario proporcionado por algunas de las participantes fue::

- Súper.

La evaluación de manera individual para medir la satisfacción de las sesiones mediante la escala de Likert, así como las recomendaciones para las siguientes sesiones sincrónicas, reflejaron el agradecimiento de las mismas al ser incluidas en el proceso educativo, el cual tomó en cuenta las necesidades específicas de la población. Sin embargo, también muestra la necesidad de acoplarse a los tiempos establecidos ya que, al ser madres, generalmente necesitaban realizar otras labores del hogar, profesionales o incluso personales.

#### **4.4.4. Evaluación del Programa Educativo.**

Una vez concluido el programa educativo, se procedió a enviar un último formulario de Google, el cual contenía 20 preguntas divididas en siete segmentos (Ver Anexo 7), con el fin de realizar una evaluación de este por parte de las familias. El formulario fue respondido por siete de las participantes; los resultados serán expuestos a continuación. En los datos generales se obtuvo que un 100% de las participantes eran mujeres, cuatro de ellas (57,1%) entre los 30-34 años de edad, dos (28,6%) entre los 35-39 años y una (14,3%) entre los 45-49 años.

Con respecto a la evaluación de las actividades y el cumplimiento de los objetivos, un 100% los consideraron muy bueno. Además, la información brindada junto con las actividades realizadas, fueron consideradas en su totalidad como “muy buenas”. No obstante, relacionado al tiempo destinado para desarrollar los temas, seis de las participantes (85,7%) lo consideraron muy bueno y una de ellas (14,3%) como bueno.

En cuanto a la evaluación de los facilitadores, el dominio de los temas, la forma de exponerlos, la disposición de contestar preguntas y atender consultas, la capacidad de despertar el interés por los temas y de conducir a las participantes durante las sesiones, un 100% de estas lo consideraron muy bueno. Sin embargo, con respecto a la puntualidad, seis de las participantes (85,7%) lo consideraron muy bueno y una de ellas (14,3%) como bueno.

En el segmento para evaluar la metodología y recursos utilizados se realizaron dos preguntas sobre los métodos utilizados como charlas, conversatorios, entre otros; y la utilización de la LESCO por parte de los facilitadores; ambas preguntas se consideraron en un 100% como muy bueno. Por otra parte, referente al diseño e información conferida en las infografías, fue considerado como muy bueno en un 100%.

Al consultarles sobre la evaluación de las participantes, seis de ellas (85,7%) consideran su participación buena y una (14,3%) como muy buena. Además, su interacción con las demás participantes fue calificada por cinco de ellas (71,4%) como buena y dos (28,6%) muy buena.

Finalmente, en el segmento sobre aspectos a mejorar, se realizaron tres preguntas abiertas sobre si consideraban que la información y herramientas aprendidas eran aplicables con su hijo o hija, a lo cual se obtuvo las siguientes respuestas:

- Sí.
- Sí claro. Estoy usando el semáforo del cuerpo con ella.
- Sí, porque ya está entrando a la edad en la que necesita información sobre los temas de sexualidad y uno como padre debe saber que explicarle y como explicarle.
- Todo excelente, todo es muy útil aprendí mucho con ustedes.

- Sí. Brinda opciones para acercarnos a nuestros hijos en temas muy cercanos y a veces complicados.
- Sí muy buenas herramientas usar con los niños.

Otra de las preguntas consistió en indicar los temas del programa educativo con necesidad de ampliar, quitar o inclusive incluir, obteniendo la siguiente información:

- Para mí todo estuvo bien.
- Ampliar más como explicarles cuando ya sientan la necesidad de explorar su cuerpo.

Por último, la tercera pregunta, se brindó un espacio para que anotaran otras recomendaciones o comentarios, de las cuales surgieron las siguientes:

- Agradecer a Enoc e Itzel por el tiempo que nos brindaron para las reuniones que fueron muy excelentes ¡muchas gracias!
- Agradezco el acercamiento y la ayuda.

Mediante la evaluación del programa educativo por parte de las familias, se puede observar que además de una satisfacción generalizada, se tuvo una muy buena recepción de los objetivos, metodología y recursos como la LESCO. Esta evaluación a su vez, permitió dilucidar que el trabajo realizado por los facilitadores y las herramientas brindadas fue aplicado por las familias posterior a la realización de las sesiones, así como un mayor entendimiento de la importancia del abordaje de la sexualidad en sus cuatro dimensiones. Finalmente, se hizo entrega de un certificado sobre la participación en las diferentes sesiones del programa educativo a las familias con el fin de generar una última retroalimentación positiva por el compromiso y tiempo invertido (Ver Anexo 12).

# **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

## 5.1 Conclusiones.

A partir de los resultados obtenidos en la presente práctica dirigida, se llegó a las siguientes conclusiones:

Las necesidades de las familias correspondieron a la profundización de temas sobre sexualidad, así como sobre la forma idónea de transmitirlos a los niños, niñas y adolescentes mediante herramientas eficaces para cumplir con su rol; estando a favor la gran disposición de incrementar el conocimiento respecto a este tema e interés por la clarificación de su rol.

El Proceso de Enfermería y el modelo de transiciones propuesto por Afaf Meleis resultó de gran relevancia para el desarrollo de la práctica dirigida, ya que brindó una guía sobre el actuar durante todas las etapas del proceso y generó distinción con respecto a otras profesiones, generando innovación y visibilización del desempeño de enfermería en programas educativos.

Dichas necesidades se tradujeron a una etiqueta diagnóstica mediante la taxonomía NANDA, siendo esta la “disposición para mejorar el rol parental”, permitiendo evidenciar la relación entre las necesidades de las familias participantes con las características definitorias establecidas en dicha taxonomía.

Para el diseño del programa educativo fue imprescindible tomar en cuenta que las necesidades específicas de la población con la que se trabaja siendo esto un proceso dinámico que permite a las familias sentirse partícipes y que las intervenciones estén dirigidas a las necesidades reales planteadas por estas, lo cual tuvo un efecto positivo percibido en el interés y compromiso.

A lo largo del diseño del programa se mantuvo el Diseño Universal de Aprendizaje y la LESCO dentro del programa educativo generando un abordaje inclusivo, y facilitando en las familias la posibilidad de transmitir los aprendizajes en la lengua materna de sus hijos e hijas.

Durante la implementación del programa educativo, se observó que el utilizar informantes claves facilitó la interacción ya que se conocían con anterioridad y tenían

un nivel de confianza muy fuerte, permitió a los facilitadores adentrarse en esta confianza y desarrollar los temas de una mejor forma.

La implementación del programa educativo permitió una mayor concientización de la sexualidad en sus diferentes dimensiones y no únicamente desde el ámbito biológico, propiciando la vivencia adecuada de la sexualidad de sus hijos e hijas.

La evaluación del programa educativo por parte de las familias fue de forma positiva, reflejándose en las puntuaciones de satisfacción a lo largo de las sesiones, así como en el formulario de Google final enviado a estas con el fin de evaluar la totalidad del programa educativo.

La LESCO fue un punto de la evaluación crucial, ya que muestra la comodidad de las familias con respecto al uso de esta lengua por parte de los estudiantes a lo largo del programa y en las estrategias desarrolladas en este.

Finalmente, la evaluación del conocimiento de las familias, fue dado mediante los indicadores de la taxonomía NOC, los cuales fueron respaldados por escalas empíricas desarrolladas en la plataforma Kahoot!, logrando constatar que el programa educativo tuvo un impacto significativo de manera grupal en el conocimiento y utilización de estrategias por parte de las familias para brindar la información relacionada a la sexualidad.

## **5.2. Recomendaciones**

De la presente práctica dirigida, surgen las siguientes recomendaciones:

### **5.2.1. Para la Enfermería**

Se recomienda que Enfermería continúe utilizando las tecnologías de información y comunicación ya que permiten abarcar personas de diferentes áreas del país sin la necesidad de un traslado hacia un punto en específico, lo que resulta en mayor tiempo en el desarrollo de las actividades; ya que al estar en su hogar, podrían disminuir la preocupación en torno a este.

Cuando se realicen programas educativos, es importante utilizar diseños como el DUA o comunicaciones alternas con el fin de generar espacios de mayor inclusión al contemplar las particularidades de las personas participantes y así generar motivación en las familias de personas con discapacidad y evitar que puedan sentirse excluidas.

Para la evaluación del programa, el uso de diferentes plataformas digitales facilita la adquisición de las respuestas en tiempo real. Además, son de sencilla utilización y funcionan como herramientas para las familias participantes para la transmisión de los conocimientos hacia sus hijos o hijas.

### **5.2.2. Para el Colegio de Enfermeras**

Se recomienda al Colegio de Enfermeras de Costa Rica brindar diferentes capacitaciones de sensibilización, comunicaciones alternativas y estrategias educativas para el abordaje de la población con discapacidad a los profesionales de enfermería en el país en los distintos sectores donde estos laboren; siendo un aspecto fundamental en los primeros niveles de atención.

### **5.2.3. Para la Escuela de Enfermería**

Se sugiere que se fomente la implementación de métodos de comunicación alternativa al español como la LESCO en plan de estudios, con el fin de brindar un cuidado integral a las personas usuarias de esta lengua.

Desarrollar investigaciones innovadoras con la población sorda en las diferentes etapas de la vida; sin embargo, tomar como prioritaria la adolescencia por los cambios que esta etapa representa, con el fin de ahondar en las necesidades de esta población, incluyendo a las familias en el proceso.

### **5.2.4 Para el Ministerio de Educación Pública**

En los centros educativos es necesaria la presencia de enfermeras en los programas sobre educación sexual para asegurar el abordaje integral de los niños, niñas y adolescentes, así como favorecer la vivencia saludable de la sexualidad al involucrar a su sociedad inmediata. Lo anterior, debido a que este profesional funge como vínculo entre salud y educación; asimismo, da seguimiento y acompañamiento de la persona en los distintos niveles y sectores.

### **5.2.5. A nivel nacional**

Resulta relevante contar con estadísticas actualizadas sobre la población sorda para obtener un panorama amplio pues actualmente existe carencia de datos. Lo anterior, permitiría obtener información precisa al respecto, identificar necesidades y dirigir intervenciones en aras de solventarlas a través de múltiples estrategias.

Proporcionar capacitación a las personas funcionarias del área de salud, de tal modo que sea promovido el abordaje integral con el propósito de garantizar la vivencia de transiciones saludables de los niños, niñas y adolescentes. Para lo anterior y en aras de favorecer la interacción y sensibilización, resulta vital el conocimiento de la LESCO.

### **5.3. Limitaciones**

El desconocimiento de algunas señas por parte de los facilitadores y participantes oyentes y sordas en el área de salud, generó una limitación, ya que no se encontraban señas en específico para algunos de los términos utilizados, teniendo que acudir al deletreo, seguido de la explicación de dicha palabra.

Si bien la tecnologías de información y comunicación son una herramienta útil para unir a las personas en diferentes locaciones, la conectividad al internet, en ocasiones no era la más propicia, generando dificultades en el inicio de las sesiones por parte de las familias y los facilitadores.

A pesar de estar en sus hogares, la actividad laboral, así como las tareas domésticas, impedía en ocasiones la concentración total de las familias, por lo que se necesitó coordinaciones previas y recordatorios constantes, para poder reservar el espacio en las agendas personales de cada familia.

Finalmente, el desconocimiento de las plataformas como Zoom, Kahoot! y Formularios de Google por parte de las familias, requirió un esfuerzo adicional de tutoriales y explicaciones personalizadas para lograr llevar a cabo los objetivos establecidos.

## Referencias Bibliográficas

1. Campos J. Cómo hacer un Trabajo Final de Graduación. Lineamientos para la Escuela de Ciencias de la Educación. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia; 2015. 221 p.
2. De la Fuente JR, Heinze G. Salud Mental y Medicina Psicológica. 3a ed [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018 [citado 25 Nov. 2019]. 472 p. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2368&sectionid=186910411>
3. Soto L. Programa de educación sexual para adolescentes sordos y sordas en el Colegio México durante el I y II ciclo del 2004 [Práctica Dirigida]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2004. 156 p.
4. Bejarano M, García B. La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. Opción [Internet]. 2016 oct [citado 25 Nov. 2019];32(13):756–89. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483037.pdf>
5. Marcano N. Modelo para la Educación Integral en Sexualidad desde el aporte de la prensa digital venezolana. Rev Invest (Guadalajara) [Internet]. 2014 [citado 25 Nov. 2019];38(82):103–26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3761/376140397005.pdf>
6. Ministerio de Salud de Costa Rica, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 [Internet]. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud de Costa Rica; 2011 Mar [citado 25 Nov. 2019]. 37 p. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1038-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i/file#:~:text=Una Política de Sexualidad debe,la violencia no teng>
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Consejo Nacional de Personas con Discapacidad. Encuesta Nacional sobre Discapacidad 2018 [Internet]. San José, Costa Rica; 2019 May [citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: <http://inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/reenadis2018.pdf>

8. Pinos GM, Pinos VP, Palacios MP, López SL, Castillo JE, Ortiz WA, et al. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. *Actual Investig en Educ* [Internet]. 2017 Feb [citado 25 Nov. 2019];17(2):1–22. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/28671/28655>
9. Rivera P. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Rev Educ* [Internet]. 2008 [citado 25 Nov. 2019];32(1):157–70. Disponible en: [https://www.mep.go.cr/sites/default/files/sexualidad de los niños niñas y jóvenes con discapacidad.pdf](https://www.mep.go.cr/sites/default/files/sexualidad%20de%20los%20ni%C3%B1os%20ni%C3%B1as%20y%20j%C3%B3venes%20con%20discapacidad.pdf)
10. Sanabria JP, Jiménez J, Parra K. Tordecilla, MA. Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes. *Rev Divers -Perspectivas En Psicol* [Internet]. 2016 May [citado 25 Nov. 2019];12(2):231–42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v12n2/v12n2a06.pdf>
11. Olivera Y, Albarrán A. Estigmatización asociada a la sexualidad en la población masculina de 40 a 50 años, con discapacidad visual adquirida en el Distrito Capital. *Rev Venez Análisis Coyunt* [Internet]. 2014 [citado 25 Nov. 2019];22(1):159–74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/364/36448449009.pdf>
12. Brenes Rodríguez MA. El sujeto sexual en la niñez y la adolescencia: su estudio a partir de las manifestaciones públicas relacionadas con los Programas de Afectividad y Sexualidad del Ministerio de Educación Pública en Costa Rica. *Trab Soc*. 2020 Jul-Dic [citado 03 Dic 2020];22(2):147–63. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/343462855\\_El\\_sujeto\\_sexual\\_en\\_la\\_ninez\\_y\\_la\\_adolescencia\\_su\\_estudio\\_a\\_partir\\_de\\_las\\_manifestaciones\\_publicas\\_relacionadas\\_con\\_los\\_Programas\\_de\\_Afectividad\\_y\\_Sexualidad\\_del\\_Ministerio\\_de\\_Educacion\\_Publica\\_en\\_Cos](https://www.researchgate.net/publication/343462855_El_sujeto_sexual_en_la_ninez_y_la_adolescencia_su_estudio_a_partir_de_las_manifestaciones_publicas_relacionadas_con_los_Programas_de_Afectividad_y_Sexualidad_del_Ministerio_de_Educacion_Publica_en_Cos)
13. Ley de Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo No 8661 [Internet]. Decreto Ejecutivo No. 34780 [29 Set. 2008; citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=64038&nValor3=74042&param2=6&strTipM=TC&lResultado=60&strSim=simp%5C](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=64038&nValor3=74042&param2=6&strTipM=TC&lResultado=60&strSim=simp%5C)

14. Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad N° 9379 [Internet]. Decreto Ejecutivo No. 41087 [18 Ago. 2016; citado 25 Nov. 2020]. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82244&nValor3=105179&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=82244&nValor3=105179&strTipM=TC)
15. Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad N° 7600 [Internet]. Decreto Ejecutivo No. 26831 [02 May. 1996; citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=23261&nValor3=96047](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=23261&nValor3=96047)
16. Ley de Reconocimiento de Lenguaje de Señas Costarricense (LESCO) como lengua materna N° 9049 [Internet]. Decreto Legislativo [25 Jun. 2012; citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72965&nValor3=89310&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72965&nValor3=89310&strTipM=TC)
17. Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica. Política Nacional de Enfermería 2011-2021 [Internet]. San José, Costa Rica: Publicaciones el Atabal; 2011 [citado 05 Dic. 2020]. 57 p. Disponible en: <https://www.enfermeria.cr/docs/reglamentos/PoliticasydeEnfermeriaEdicion1.pdf>
18. Ministerio de Salud de Costa Rica, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 [Internet]. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud de Costa Rica; 2011 Mar [citado 25 Nov. 2019]. 37 p. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1038-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i/file#:~:text=Una Política de Sexualidad debe,la violencia no teng>
19. Política Pública de la Persona Joven 2020-2024 [Internet]. Decreto Ejecutivo No. 42364-MCJ [07 May. 2020; citado 08 Dic. 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/costarica/media/2631/file/Política Pública de la Persona Joven 2020-2024.pdf>

20. Güemes M, Ceñal MJ, Hidalgo MI. Pubertad y adolescencia. Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc [Internet]. 2017 Feb [citado 25 Nov. 2019];5(1):7–22. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
21. López MU, Fortúnez M, Rivas BN. La educación sexual de los adolescentes sordos de la secundaria básica. Rev Atlante [Internet]. 2018 Nov [citado 23 Nov. 2020]; Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/11/educacion-sexual-adolescentessordos.html>
22. Acero SL, Castillo AT. Las actitudes y comportamientos de la sexualidad en el desarrollo personal de niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes, de la “Fundación Jesús para los niños” de la Provincia de Cañar, Cantón Cañar, en el periodo quimestral marzo - julio 2015 [Trabajo presentado para obtener Licenciatura]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2016. [Internet]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1772/1/UNACH-FCEHT-TG-P.EDUC-2016-000008.pdf>
23. González E, Molina T, Luttges C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [citado 23 Nov. 2019];80(1):24–32. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n1/art04.pdf>
24. Ramírez E. Enfermería en el pasado y presente de la familia mexicana. Enfermería Univ [Internet]. 2012 Jul-Sep [citado 27 Nov. 2019];9(3): 57-63. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300006)
25. Rodríguez F. Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Rev Enfermería CyL [Internet]. 2010 [citado 27 Nov. 2019];2(2):43–68. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/51/39>
26. Meleis A. Transitions theory. New York: Springer Pub. Co; 2010. 641 p.

27. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: A Central Concept in Nursing. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1994;26(2):119–27. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
28. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Hilfinger DK, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 2000 [citado 20 Feb. 2020];23(1):12–28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
29. Velonaki V, Kampouroglou G, Velonaki M, Dimakopoulou K, Sourtzi P, Kalokerinou A. Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. *Disabil Health J* [Internet]. 2015 [citado 17 Ene. 2020];8(1):109–17. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S1936657414001046>
30. Téllez M. La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos y sordas. *Arch Hispanoam Sexol* [Internet]. 2005 [citado 17 Ene. 2020];11(2):203–18. Disponible en: [https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Tellez\\_Construcion\\_Sexualidad\\_adolescentes\\_sordos\\_2005.pdf](https://cultura-sorda.org/wp-content/uploads/2015/03/Tellez_Construcion_Sexualidad_adolescentes_sordos_2005.pdf)
31. Valero A. Educación para la salud sexual en el niño. *FMC* [Internet]. 2007 Feb [citado 23 Nov. 2019];14(2):95–101. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1134207207715566>
32. García MM. Las familias en el abordaje de la sexualidad de su hijo sordo. *Rev Transform* [Internet]. 2010 Ago-Dic [citado 23 Nov. 2019];6(2):1–8. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD28667.pdf>
33. Williams-Piehotá P, Uhrig J, Doto JK, Anderson W, Williams P, Thierry JM. An evaluation of health communication materials for individuals with disabilities developed by three state disability and health programs. *Disabil Health J* [Internet]. 2010 Jul [citado 20 Ene. 2020];3(3):146–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.08.002>

34. Collazos J. Representaciones sociales de la salud sexual de adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá. *Pensam Psicológico* [Internet]. 2012 Oct [citado 23 Nov. 2019];10(2):35–47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80125017002>
35. Robles SS, Guevara Y, Pérez YY, Hermosillo A. Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicol y Salud* [Internet]. 2013 Jul-Dic [citado 11 Ene. 2020];23(2):227–39. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Silvia Susana Robles Montijo.pdf>
36. Bárcena S, Robles S, Díaz R. El Papel de los Padres en la Salud Sexual de sus Hijos. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2013 Abr [citado 15 Ene. 2020];3(1):956–68. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S2007471913709451#bib0075>
37. Álvarez KA, González AN, Rey PD. Comparación del nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes con y sin necesidades educativas especiales, Los Lagos 2013 [Tesis para optar por el Título de Matrona o Matrón]. Universidad Austral de Chile; 2013. [Internet]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fma473c/doc/fma473c.pdf>
38. Angarita E, Calzada D. Concepción de sexualidad en la población en condición de discapacidad auditiva perteneciente a la asociación de sordos de Barrancabermeja. *Rev Nac e Int Educ inclusiva* [Internet]. 2015 Nov [citado 05 Ene. 2020];8(3):107–20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5446545>
39. Andrade EF. Programa En Educación Sexual Para Estudiantes De 14 A 19 Años Con Deficiencia Auditiva De La Unidad Educativa Especializada Sordos De Chimborazo. 2015 [Tesis de Licenciatura]. Escuela Superior Politécnica De Chimborazo; 2015. [Internet] Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/7107/1/104T0118.pdf>
40. Heiman E, Haynes S, McKee M. Sexual health behaviors of Deaf American Sign Language (ASL) users the findings reported in this paper were previously presented at the Summit on the Science of Eliminating Health Disparities, December 2012. *Disabil Health J* [Internet]. 2015 Oct [citado 18 Ene. 2020];8(4):579–85.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.06.005>

41. Cawthon S, Johnson P, Garberoglio C Lou, Schoffstall S. Role Models as Facilitators of Social Capital for Deaf Individuals: A Research Synthesis. *Am Ann Deaf* [Internet]. 2016 [citado 21 Jul. 2020];161(2):115–27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27374739/>
42. García MM, Pérez MA, Colunga CS. Tendencias históricas de la educación general y de la sexualidad del escolar sordo. *Transformación* [Internet]. 2016 May-Ago [citado 25 Nov. 2019];12(2):64–76. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD30585.pdf>
43. Calzada DP, Carmona C. Narrativas acerca de la relación de pareja en cuatro sordos de la Ciudad de Barrancabermeja. Pontificia Universidad Javeriana Cali; 2016. [Internet]. Disponible en: [http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7332/Narrativas\\_relacion\\_pareja.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7332/Narrativas_relacion_pareja.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
44. Bárcena SX, Guevara Y, Álvarez E. Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *J Behav Heal Soc Issues* [Internet]. 2017 Nov [citado 25 Nov. 2019];9(2):36–44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078018300038>
45. Yu B, Chen J, Jin Y, Zhan W, Feng Y, Zhao X. The knowledge and skills related to sexual abuse prevention among Chinese children with hearing loss in Beijing. *Disabil Health J* [Internet]. 2017 [citado 18 Ene. 2020];10(2):344–9. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S1936657416301893?scrollTo=%23hI0000416>
46. Dean L, Tolhurst R, Khanna R, Jehan K. “You’re disabled, why did you have sex in the first place?” An intersectional analysis of experiences of disabled women with regard to their sexual and reproductive health and rights in Gujarat State, India. *Glob Health Action* [Internet]. 2017 May [citado 12 Ene. 2020];10(02):33–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1290316>
47. Addlakha R, Price J, Heidari S. Disability and sexuality: claiming sexual and

reproductive rights. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2017 Jul [citado 14 Ene. 2020];25(50):4–9. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/pdf/10.1080/09688080.2017.1336375?needAccess=true>

48. Mprah WK, Anafi P, Yeaboah PYA. Exploring misinformation of family planning practices and methods among deaf people in Ghana. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2017 May [citado 12 Ene. 2020];25(50):20–30. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/full/10.1080/09688080.2017.1332450>

49. Mavrogianni T, Lampropoulou. The Involvement of Fathers with Their Deaf Children. *Int J Disabil Dev Educ* [Internet]. 2018 Dic [citado 25 Nov. 2019]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/329377570\\_The\\_Involvement\\_of\\_Fathers\\_with\\_Their\\_Deaf\\_Children](https://www.researchgate.net/publication/329377570_The_Involvement_of_Fathers_with_Their_Deaf_Children)

50. Guimarães VMA, Santos F, Santos BF de S, Silva JP da. Surdez e sexualidade: Uma análise a partir das representações sociais de universitários surdos. *Estud e Pesqui em Psicol*. 2019 May-Ago [citado 12 Ene. 2020];19(2):387–405. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/44280/30300>

51. Dreyzehner J, Goldberg K. Depression in Deaf and Hard of Hearing Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2019 [citado 17 Ene. 2020];28(3):411–9. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S105649931930032X>

52. Kahn NF, Suchindran CM, Halpern CT. Variations in the timing of first sexual experiences among populations with physical disabilities in the United States. *Disabil Health J* [Internet]. 2019 Abr [citado 17 Ene. 2020];12(2):155–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.10.004>

53. León CA. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 Ago [citado 25 Nov. 2019];33(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>

54. Jara F, Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por

estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Rev Enfermería Univ [Internet]. 2016 Jul [citado 25 Nov. 2019];13(4):208–15. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n4/2395-8421-eu-13-04-00208.pdf>

55. González MG, Monroy A. Proceso enfermero de tercera generación. Rev Enfermería Univ [Internet]. 2016 Abr-Jun [citado 25 Nov. 2019];13(2):124–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358745743008.pdf>

56. Olivé C. Cuidado humanística y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. Rev la Fac las Ciencias la Salud [Internet]. 2015 Dic [citado 25 Nov. 2019];19(3):20–6. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/s/v19n3/art05.pdf>

57. Mínguez I. Evolución histórica del pensamiento enfermero en la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva [Tesis doctoral]. Universidad de Alicante; 2016. [Internet] Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69435/1/tesis\\_minguez\\_moreno.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69435/1/tesis_minguez_moreno.pdf)

58. Chick N, Meleis I. Transitions: A Nursing Concern [Internet]. Boulder, USA: Aspen Publications; 1986 [citado 17 Jul. 2020]. 237–257 p. Disponible en: <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>

59. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a Ed. España: ELSEVIER; 2011. 809 p.

60. Im E-O. Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. Nurs Outlook [Internet]. 2011 Jun [citado 19 Feb. 2020];59(5):278–85. Disponible en: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(11\)00085-6/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(11)00085-6/fulltext)

61. Geary C, Schumacher KL. Care Transitions. Integrating Transition Theory and Complexity Science Concepts. Adv Nurs Sci [Internet]. 2012 Jul-Sep [citado 18 Jul. 2020];35(3):236–48. Disponible en: [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2012/07000/Care\\_Transitions\\_\\_Integrating\\_Transition\\_Theory.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2012/07000/Care_Transitions__Integrating_Transition_Theory.6.aspx)

62. Malpartida M. Familia : enfoque y abordaje en la atención primaria. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2020 Sep [citado 06 Nov. 2020];5(9). Disponible en:

<https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>

63. Macías R. Prevención en salud mental, familia, escuela y sociedad. *Neurol Neurocir y Psiquiatr.* 2020 [citado 10 Nov. 2020];48(1):28–37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2020/nnp201e.pdf>

64. Martínez-Licon J, Infante Blanco A, Medina Ortiz L. Ejes de racionalidad en torno a la familia y los modelos parentales: una construcción cualitativa de las teorías sobre la familia. *En-claves del Pensam [Internet].* 2016 Jul-Dic [citado 06 Nov. 2020];10(20):115–34. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2016000200115#fn9](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2016000200115#fn9)

65. Borges J, Sosa K, Bello L. ¿Es diferente la familia del niño con necesidades educativas especiales? *Educ y Soc [Internet].* 2016 Sep-Dic [citado 12 Nov. 2020];14(3):13—23. Disponible en: [http://revistas.unica.cu/index.php/edusoc/article/view/281/pdf\\_44](http://revistas.unica.cu/index.php/edusoc/article/view/281/pdf_44)

66. Salazar Samillán SL. Estudio comparativo de cohesión y adaptabilidad en familias con y sin historia de abuso sexual. *Rev Neuropsiquiatr [Internet].* 2020 Ene [citado 06 Nov. 2020];83(1):15–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3682>

67. Malpartida M. Familia : enfoque y abordaje en la atención primaria. *Rev Médica Sinerg [Internet].* 2020 Sep [citado 06 Nov. 2020];5(9). Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>

68. Vergara A, Peña M, Chávez P, Vergara E. Los niños como sujetos sociales: El aporte de los Nuevos Estudios Sociales de la infancia y el Análisis Crítico del Discurso. *Psicoperspectivas [Internet].* 2015 Ene [citado 25 Nov. 2019];14(1). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242015000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242015000100006)

69. El-Sahili LF. Introducción a la psicología. Nuevos modelos integracionistas y científicistas [Internet]. México: Editorial de la Federación Mexicana de Psicología; 2019 Ago [citado 25 Nov. 2019]. 198 p. Disponible en:

<https://books.google.co.cr/books?id=MbyxDwAAQBAJ&pg=PA31&dq=niñez+tardia+temprana&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiq6sLKj-vIAhWwslkKHcRoBaEQ6AEIJzAA#v=onepage&q=niñez tardia temprana&f=false>

70. Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR. Diagnóstico y tratamiento pediátricos [Internet]. New York: McGraw-Hill; 2010 [citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?sectionid=96989070&bookid=1481&Resultclick=2>

71. Barcelata BE. Adaptación y resiliencia adolescente en contextos múltiples [Internet]. Ciudad de México: Manual Moderno; 2018 [citado 25 Nov. 2019]. 157 p. Disponible en: [https://books.google.co.cr/books?id=hZeBDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&p&f=false](https://books.google.co.cr/books?id=hZeBDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&p&f=false)

72. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatría [Internet]. 2015 Nov-Dec [citado 25 Nov. 2019];86(6). Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0370410615001412?token=B2FF4B9411D51076861F2A53E7E51470534134656C028747F42E13B01F1F25830799414348E94948D909897BC4E729F1>

73. Calero E, Rodríguez S, Trumbull A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Rev Humanidades Médicas [Internet]. 2017 Oct [citado 25 Nov. 2019];17(3):577–92. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n3/hmc10317.pdf>

74. Giraldo A, Forero C, Posada LF. Sexualidad es tener sexo: los adolescentes en situación de calle. Rev Index Enfermería [Internet]. 2017 Ene-Jun [citado 25 Nov. 2019];26(1–2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100004)

75. Napa G. La sexualidad con responsabilidad y cuidado en la adolescencia en los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes en una institución educativa 2014 [Tesis de Licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [Internet]. Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4056/Napa\\_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4056/Napa_ag.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

76. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

77. Potter PA, Stockert PA, Griffin A, Hall AM. Fundamentos de Enfermería [Internet]. Barcelona: ELSEVIER; 2017 May [citado 25 Nov. 2019]. 1384 p. Disponible en:

[https://books.google.co.cr/books?id=ILWXDwAAQBAJ&pg=PA145&dq=adolescencia+cambios+hormonas+fisico&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRsrvJwp\\_IAhUOr1kKHRFNC6IQ6AEIJzAA#v=onepage&q=adolescencia+cambios+hormonas+fisico&f=false](https://books.google.co.cr/books?id=ILWXDwAAQBAJ&pg=PA145&dq=adolescencia+cambios+hormonas+fisico&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRsrvJwp_IAhUOr1kKHRFNC6IQ6AEIJzAA#v=onepage&q=adolescencia+cambios+hormonas+fisico&f=false)

78. Heras D, Pérez G, Lara F. Educación sexual: influencia en los conocimientos y creencias de sus destinatarios. Rev Psicol [Internet]. 2014 Mar [citado 25 Nov. 2019];1(3):395–408. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851785039.pdf>

79. Buitrago MT, Buitrago G, Mercado M. Diseño de un instrumento para caracterizar el desempeño de la función sexual en personas con limitación física y validación de apariencia y contenido. Rev Urol Colomb [Internet]. 2017 Ene-Abr [citado 25 Nov. 2019];26(1):17–25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1491/149150124004.pdf>

80. Águila G, Díaz JA, Díaz PM. Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. MediSur [Internet]. 2017 Oct [citado 25 Nov. 2019];15(5):694–700. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180053377015.pdf>

81. Rabino R, Serra E. Los valores en los adolescentes actuales: Una mirada diferente para los educadores [Internet]. Madrid: Editorial ACCI; 2017 Mar [citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: [https://books.google.co.cr/books?id=Zw9SDwAAQBAJ&pg=PA62&dq=adolescencia+cambios+hormonas+fisico&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRsrvJwp\\_IAhUOr1kKHRF](https://books.google.co.cr/books?id=Zw9SDwAAQBAJ&pg=PA62&dq=adolescencia+cambios+hormonas+fisico&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiRsrvJwp_IAhUOr1kKHRF)

NC6IQ6AEINTAC#v=onepage&q=adolescencia cambios hormonas fisico&f=false

82. Goldman L, Schafer AI. Tratado de Medicina Interna [Internet]. Barcelona: ELSEVIER; 2017 Sep [citado 25 Nov. 2019]. 3048 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=SLQyDQAAQBAJ&pg=PA61&dq=sexualidad+cambios+biologicos+adolescencia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiZuNLIsaLIAhXEo1kKHxOZDYgQ6AEIVTAH#v=onepage&q=sexualidad cambios biologicos adolescencia&f=false>

83. Enfermeras/os. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Madrid: Editorial CEP; 2016. 796 p.

84. Iglesias JL. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integr* [Internet]. 2013 [citado 25 Nov. 2019];17(2):88–93. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93 Desarrollo.pdf>

85. García C. Los hábitos sexuales de los adolescentes estudiantes y universitarios. Un estudio de cohortes generacionales [Tesis doctoral]. Universidad de Almería; 2005. [Internet]. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=WVIOAQAQBAJ&pg=PA45&dq=dimension+psicologica+de+la+sexualidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiQsaSdh6zIAhVGwFkKHTrgAOIQ6AEIPzAE#v=onepage&q=dimension psicologica de la sexualidad&f=false>

86. Enriquez RE, Quintana MR. Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla en adolescentes de una institución educativa, Lima - Perú. *An la Fac Med* [Internet]. 2016 [citado 25 Nov. 2019];77(2):117–22. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v77n2/a04v77n2.pdf>

87. Bejarano MT, Blanco M, Barranco R, Costa PR, Corpes J, García M, et al. Educación en sexualidad e igualdad. Discursos y estrategias para la formación de docentes y educadores sociales [Internet]. Madrid: Editorial Dykinson; 2019 Mar [citado 25 Nov. 2019]. 208 p. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=7ruPDwAAQBAJ&pg=PA42&dq=dimensión+social+de+la+sexualidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiJjoHesq7IAhXEp1kKHx41CGsQ6AEIJzAA#v=onepage&q=dimensión social de la sexualidad&f=false>

88. Zapata RM, Gutiérrez MI. Salud sexual y reproductiva [Internet]. Almería: Editorial Universidad de Almería; 2016 Feb [citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: [https://books.google.co.cr/books?id=zq2SCwAAQBAJ&pg=PA45&dq=dimension+psicologica+de+la+sexualidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjkk\\_elkqnlAhULY6wKHQW1BYwQ6AEIOzAD#v=onepage&q=dimension+psicologica+de+la+sexualidad&f=false](https://books.google.co.cr/books?id=zq2SCwAAQBAJ&pg=PA45&dq=dimension+psicologica+de+la+sexualidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjkk_elkqnlAhULY6wKHQW1BYwQ6AEIOzAD#v=onepage&q=dimension+psicologica+de+la+sexualidad&f=false)
89. Ordoñez J, Real J, Gallardo J, Alvarado H, Roby A. Conocimientos sobre salud sexual y su relación con el comportamiento sexual en estudiantes universitarios. An la Fac Med [Internet]. 2017 Jun [citado 05 Dic. 2020];78(4):419–23. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a09v78n4.pdf>
90. Badilla L, Carvajal L, García V, Solís D, Ugalde T, Zamora K, et al. Abordaje educativo de la sexualidad en estudiantes con discapacidad intelectual en una institución de educación secundaria costarricense. Rev Electrónica Actual Investig en Educ [Internet]. 2018 Sep-Dic [citado 08 Dic. 2020];18(3):1–30. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/34400/33981>
91. Angulo S. La posición social de los jóvenes sordos en Uruguay. Rev Ciencias Soc [Internet]. 2018 Oct [citado 25 Nov. 2019];31(42):13–36. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rcs/v31n42/1688-4981-rcs-31-42-13.pdf>
92. Hernández MI. El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. Rev CES Derecho [Internet]. 2015 Jul-Dic [citado 25 Nov. 2019];6(2):46–59. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a04.pdf>
93. Calzadilla M, Thompson AI. La familia eslabón fundamental en la orientación profesional de estudiantes sordos. Rev Atlante Cuad Educ y Desarro [Internet]. 2018 Jul [citado 25 Nov. 2019]; Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/07/familia-orientacion-estudiantes.html>
94. Parra C. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: antecedentes y sus nuevos enfoques. Rev Colomb Derecho Int [Internet]. 2010 Ene-Jun [citado 25 Nov. 2019];16:347–80. Disponible en: [http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1328/Art\\_ParraDussanC\\_ConvencionDerechosAntecedentes\\_2010.pdf?sequence=1](http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1328/Art_ParraDussanC_ConvencionDerechosAntecedentes_2010.pdf?sequence=1)

95. Corral MP, Rubiales J. Funcionamiento ejecutivo en adolescentes con auditiva: flexibilidad cognitiva y organización y planificación. *Rev Neuropsicol Latinoam* [Internet]. 2016 Dic [citado 25 Nov. 2019];8(3):33–41. Disponible en: [http://206.167.239.107/index.php/Neuropsicologia\\_Latinoamericana/article/view/255/212](http://206.167.239.107/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/255/212)
96. Ministerio de Educación. Guía de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia [Internet]. Chile; 2007 [citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: <http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaAuditiva.pdf>
97. De la Paz M V, Salamanca M. Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural. *Rev Estud y Exp en Educ* [Internet]. 2009 Mar [citado 25 Nov. 2019];8(15):31–49. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/50411263\\_ELEMENTOS\\_DE\\_LA\\_CULTURA\\_SORDA\\_UNA\\_BASE\\_PARA\\_EL\\_CURRICULUM\\_INTERCULTURAL](https://www.researchgate.net/publication/50411263_ELEMENTOS_DE_LA_CULTURA_SORDA_UNA_BASE_PARA_EL_CURRICULUM_INTERCULTURAL)
98. Millar B. Deafness, community and culture in Britain: leisure and cohesion 1945–1995. *J Disability Soc* [Internet]. 2017 Feb [citado 25 Nov. 2019];32(3). Disponible en: <https://www-tandfonline-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/full/10.1080/09687599.2017.1283839>
99. Morales AM. La ciudadanía desde la diferencia: reflexiones en torno a la comunidad sorda. *Rev Latinoam Educ Inclusiva* [Internet]. 2009 [citado 25 Nov. 2019];3(2):125–41. Disponible en: [https://pdfs.semanticscholar.org/9168/98ef21d2a2bf9a9c2e0e0349eb21cacb962b.pdf?\\_ga=2.53022888.1075026997.1571020084-359685647.1571020084](https://pdfs.semanticscholar.org/9168/98ef21d2a2bf9a9c2e0e0349eb21cacb962b.pdf?_ga=2.53022888.1075026997.1571020084-359685647.1571020084)
100. Oficializa Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva [Internet]. Decreto Ejecutivo No. 39088 [07 Abr. 2015; citado 25 Nov. 2019]. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=79909&nValor3=101259&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=79909&nValor3=101259&strTipM=TC)
101. Gil PA, Navarro AM, Serna C, Pinzón M. Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín (Colombia). *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2019 May-Ago

[citado 25 Nov. 2019];37(2):107–15. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v37n2/0120-386X-rfnsp-37-02-107.pdf>

102. Código de la Niñez y la Adolescencia N°7739 [Internet]. Decreto Legislativo [06 Ene. 1998; citado 25 Nov. 2019]. Disponible en:  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&param2=1&nValor1=1&nValor2=43077&strTipM=TC&IResultado=4&strSelect=sel](http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&param2=1&nValor1=1&nValor2=43077&strTipM=TC&IResultado=4&strSelect=sel)

103. Consejo Universitario. Reglamento de Trabajos Finales de Graduación [Internet]. 2020 Mar [21 Abr. 2020]. Disponible en:  
[http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos\\_finales\\_graduacion.pdf](http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf)

104. Andrade M, Chifla M. Comunicación humana y las nuevas tecnologías de comunicación en la educación superior. Polo del Conoc. 2020 Feb [citado 09 Dic. 2020];5(02):930–46. Disponible en:  
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1757/pdf>

105. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017 [citado 08 Dic. 2020];35(1):227–32. Disponible en:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

106. Mansor AZ. Managing Student's Grades and Attendance Records using Google Forms and Google Spreadsheets. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 2012 Oct [citado 09 Dic. 2020];59:420–8. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.296>

107. International Planned Parenthood Federation. Framework for Comprehensive Sexuality Education [Internet]. London; 2010 Ene [citado 25 Nov. 2019]. Disponible en:  
[https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_framework\\_for\\_comprehensive\\_sexuality\\_education.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf)

108. Segura MA, Quirós M. Desde el Diseño Universal para el Aprendizaje: el estudiantado al aprender se evalúa y al evaluarle aprende. Rev Educ. 2019 Ene [citado 25 Nov. 2019];43(1). Disponible en:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/28449/36695>

109. Hernández CA, Guárate AY. Modelos didácticos para situaciones y contextos de aprendizaje [Internet]. Madrid: NARCEA; 2017 May [citado 25 Nov. 2019]. 192 p.

Disponible

en:

[https://books.google.co.cr/books?id=cFQ1DwAAQBAJ&pg=PA162&dq=talleres+didacticos+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwig-dCI9-](https://books.google.co.cr/books?id=cFQ1DwAAQBAJ&pg=PA162&dq=talleres+didacticos+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwig-dCI9-TIAhUruVkKHQdVBMgQ6AEIJzAA#v=onepage&q=talleres+definicion&f=false)

[TIAhUruVkKHQdVBMgQ6AEIJzAA#v=onepage&q=talleres](https://books.google.co.cr/books?id=cFQ1DwAAQBAJ&pg=PA162&dq=talleres+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwig-dCI9-TIAhUruVkKHQdVBMgQ6AEIJzAA#v=onepage&q=talleres+definicion&f=false)

didacticos

definicion&f=false

110. Belloch C. Las Tecnologías de Información y Comunicación en el aprendizaje [Internet]. Universidad de Valencia; 2012 [citado 25 Nov. 2019]. Disponible en:

<https://www.uv.es/bellochc/pedagogia/EVA1.pdf>

111. Wang AI, Tahir R. The effect of using Kahoot! for learning – A literature review. *Comput Educ* [Internet]. 2020 May [citado 10 Ene. 2021];149(2020):1–22. Disponible

en: <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2020.103818>

112. Fernández-Vega I, Juanes Jiménez JS, Quirós LM. Use of Kahoot app to quantify the attention level of the student in the subject of Anatomical Pathology in Medicine and the assessment of the experience. In Press. *Educ Medica* [Internet].

2020 Feb [citado 10 Ene. 2021];1–5. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.004>

113. Ley Reguladora de Investigación Biomédica N° 9234 [Internet]. Decreto Legislativo [22 Abr. 2014; citado 25 Nov. 2019]. Disponible en:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77070&nValor3=96424&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77070&nValor3=96424&strTipM=TC)

114. López J. Familia, escuela y diversidad funcional. *Rev Int Apoyo a la Inclusión, Logop Soc y Multicult* [Internet]. 2015 Ene [citado 04 Ago. 2020];1(1):71–80.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6366618>

115. Al-Yateem N, Docherty C. Transition: A concept of significance to nursing and health care professionals. *J Nurs Educ Pract*. 2015 Mar [citado 29 Oct. 2020];5(5).

Disponible

en:

[https://www.researchgate.net/publication/273136044\\_Transition\\_A\\_concept\\_of\\_significance\\_to\\_nursing\\_and\\_health\\_care\\_professionals](https://www.researchgate.net/publication/273136044_Transition_A_concept_of_significance_to_nursing_and_health_care_professionals)

116. Larrosa M, López S, Tejada R, Vives C. Análisis del proceso de divorcio como transición de salud según la teoría de las transiciones de Alaf Meleis. *Rev Enfermería y Humanidades Cult los Cuid* [Internet]. 2019 Abr [citado 31 Oct. 2020];(54):266–72. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96324/1/CultCuid\\_54-266-272.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96324/1/CultCuid_54-266-272.pdf)

117. Canaval G, Jaramillo C, Rosero D, Valencia M. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Aquichan* [Internet]. 2007 Ene-Jun [citado 29 Oct. 2020];7(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972007000100002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100002)

118. González Y, Quirós O. Intervención de Enfermería en Salud Mental, para fortalecer las características psicológicas vitales de los y las adolescentes, que cursan el III ciclo de la educación secundaria del Liceo San José, en el año 2016: una experiencia de sistematización [Tesis de Maestría]. Universidad de Costa Rica; 2016. [Internet] Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/7252/1/41277.pdf>

119. Hart JA, Swenty CF. Understanding Transitions to Promote Student Success: A Concept Analysis. *Nurs Forum* [Internet]. 2015 Jun [citado 29 Oct. 2020];51(3):180–5. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12136>

120. Joly E. Integrating transition theory and bioecological theory: A theoretical perspective for nurses supporting the transition to adulthood for young people with medical complexity. *J Adv Nurs*. 2016 Feb [citado 29 Oct. 2020];72(6):1251–62. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.12939>

121. Caricote E. Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Rev la Fac las Ciencias la Salud* [Internet]. 2012 Ago [citado 02 Ago. 2020];16(2):53–7. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/s/v16n2/art09.pdf>

122. RodríguezC, Muñoz J. Calidad Educativa del Ambiente Familiar y Escolaridad

Materna. Paradigma [Internet]. 2016 Jun [citado 05 Nov. 2020];37(1). Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1011-22512016000100006](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512016000100006)

123. Ibarrola M. Claroscuros en las relaciones entre la escolaridad y el trabajo. Configuraciones y límites. Páginas Educ [Internet]. 2016 Dic [citado 05 Nov. 2020];9(2). Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-74682016000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682016000200002&lng=es&nrm=iso)

124. Barría D, Gutiérrez A. Concepciones sobre la sexualidad en adolescentes de una escuela primaria en el sur de Chile. Humanidades Médicas [Internet]. 2020 Ene-Abr [citado 07 Nov. 2020];20(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202020000100048](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100048)

125. Fadrugas A, Deliz Y, Maure J. Conocimientos de aspectos de la sexualidad en padres de adolescentes pertenecientes a un consultorio. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2015 Oct-Dic [citado 08 Nov. 2020];31(4):346-55. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400006)

126. Corona H, Funes D. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2015 Ene-Feb [citado 08 Nov. 2020];26(1):74–80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-abordaje-sexualidad-adolescencia-S0716864015000127>

127. Obach A, Sadler M, Jofré N. Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. Rev Salud Pública [Internet]. 2017 Nov-Dic [citado 08 Nov. 2020];9(6). Disponible en: <https://scielosp.org/article/rsap/2017.v19n6/848-854/es/>

128. Coutts W, Morales G. La educación sexual debe comenzar en el hogar y continuar en la escuela. Rev Chil Pediatría [Internet]. 2011 Oct [citado 08 Nov. 2020];82(5):454–60. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062011000500012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000500012)

129. González N. Funcionalidad familiar en familias extensas. Significado para el

adulto mayor [Tesis Doctoral]. Universidad de Alicante; 2016. [Internet]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61988/1/tesis\\_gonzalez\\_quirarte.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61988/1/tesis_gonzalez_quirarte.pdf)

130. Brisini KSC, Solomon DH. Relational Turbulence and Marital Communication When Children with Autism Start School: A Longitudinal Dyadic Diary Study. *Health Commun* [Internet]. 2019 Feb [citado 28 Oct. 2020];35(4):483–93. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1567445>

131. *Nursing Diagnoses Definitions & Classification 2018-2020*. NANDA International. 11a ed. Thieme, editor. New York; 2018.

132. Sue Moorhead E, Swanson Marion J, Meridean M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). *Medición de Resultados en Salud*. 6th ed. Elsevier, editor. 2018.

133. Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7th ed. Elsevier, editor. 2018.

134. Rifà Ros R, Pérez Pérez I. Aplicación del modelo AREA en un caso clínico de enfermería pediátrica en atención primaria de salud. *Enferm Clin*. 2011 May-Jun [citado 31 Jul. 2020];21(3):168–72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113086211100057X>

135. Carreño Moreno S, Chaparro Diaz L. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: Una herramienta para valorar la transición. *Rev Investig Andin* [Internet]. 2018 [citado 28 Oct. 2020];20(36):39–54. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/968/1358>

136. Brisini KSC, Solomon DH, Nussbaum J. Transitions in marriage: Types, turbulence, and transition processing activities. *J Soc Pers Relat* [Internet]. 2017 Mar [citado 28 Oct. 2020];35(6):831–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0265407517699283>

137. Brisini K, Haunani D. Children's Transitions and Relational Turbulence in Marriage: Can Transition Processing Communication Help? *J Fam Commun* [Internet]. 2019 Ago [citado 10 Nov. 2020];20(1):82–96. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15267431.2019.1662421>

138. del Gallego R, Diz J, López MA. Metodología Enfermera. Lenguajes estandarizados [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015 Dic [citado 06 Dic. 2020]. 107 p. Disponible en: [https://eprints.ucm.es/35200/1/Libro Metodología Ed1.pdf](https://eprints.ucm.es/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf)
139. Arroyave AF, Hernández EJ, Pérez ÁM, Duque ND. Recurso educativo Web para la enseñanza de lengua de señas colombiana. Ing e Innovación [Internet]. 2016 Jul-Dic [citado 01 Dic. 2020];4(2):36–45. Disponible en: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/rii/article/view/1178/1456>
140. Pinto R. La importancia de promover los valores del hogar hacia las escuelas primarias. Ra Ximhai [Internet]. 2016 Ene-Jun [citado 08 Dic. 2020];12(3):271–83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46146811018.pdf>
141. Selva D, Domínguez R, Ruiz I. Las técnicas de generación de ideas: aplicándolas a la mejora en salud y gestión de cuidados. Index de Enfermería [Internet]. 2017 Oct-Dic [citado 12 Nov. 2020];26(4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000300011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300011)
142. Durán R, Pertuz R, Martínez C, Romero J. Una estrategia pedagógica como mejoramiento del estilo de aprendizaje en una enseñanza desarrolladora basado en métodos participativos. Rev Cuba Educ Super [Internet]. 2019 May-Ago [citado 01 Dic. 2020];38(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0257-43142019000200009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0257-43142019000200009&script=sci_arttext&tlng=en)
143. Alvarado JE. Educación sexual preventiva en adolescentes [Tesis Doctoral]. UNED; 2015. [Internet] Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Educacion-Jealvarado/ALVARADO\\_THIMEOS\\_Julia\\_Eliana\\_Tesis.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Educacion-Jealvarado/ALVARADO_THIMEOS_Julia_Eliana_Tesis.pdf)
144. Gómez ME, Contreras L, Gutiérrez D. El impacto de las tecnologías de la información y la comunicación en estudiantes de ciencias sociales: un estudio comparativo de dos universidades públicas. Innovación Educ [Internet]. 2016 May-Ago [citado 06 Dic. 2020];16(71):61–80. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v16n71/1665-2673-ie-16-71-00061.pdf>

145. Gómez V, Gavidia V. Describir y dibujar en ciencias. La importancia del dibujo en las representaciones mentales del alumnado. Rev Eureka sobre Enseñanza y Divulg las Ciencias [Internet]. 2015 Abr [citado 08 Dic. 2020];12(3):441–55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/920/92041414018.pdf>

146. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. La salud afectivo-sexual de la juventud en España [Internet]. Salamanca: ADVANTIA; 2019 Mar [citado 08 Dic. 2020]. 258 p. Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/01/revista\\_injuve\\_123.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/01/revista_injuve_123.pdf)

147. Besoain Á, Carvajal B, Cornejo C, Henríquez M, Rueda L, Soto P, et al. Sexualidad e inclusión de personas con discapacidad. 2a ed. [Internet]. Chile; 2019 [citado 08 Dic. 2020]. Disponible en: [www.senadis.gob.cl](http://www.senadis.gob.cl) › descarga › documento

148. Garcés J, Labra P, Vega L. La retroalimentación: una estrategia reflexiva sobre el proceso de aprendizaje en carreras renovadas de educación superior. Cuad Investig Educ [Internet]. 2020 Jun [citado 12 Dic. 2020];11(1). Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93042020000100037&lng=es&nrm=iso#B5](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93042020000100037&lng=es&nrm=iso#B5)

149. García E.  
La evaluación del aprendizaje: de la retroalimentación a la autorregulación.  
El papel de las tecnologías. RELIEVE [Internet]. 2015 Nov [citado 12 Nov. 2020];21(2):1–24. Disponible en: <https://ojs.uv.es/index.php/RELIEVE/article/view/7546/7230>

150. Lomelí AM, Valenzuela J, López MG. Autoestima, motivación e inteligencia emocional: Tres factores influyentes en el diseño exitoso de un proyecto de vida de jóvenes estudiantes de educación media. Rev Electrónica Educ [Internet]. 2016 May-Ago [citado 08 Dic. 2020];20(2):1–22. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v20n2/1409-4258-ree-20-02-00056.pdf>

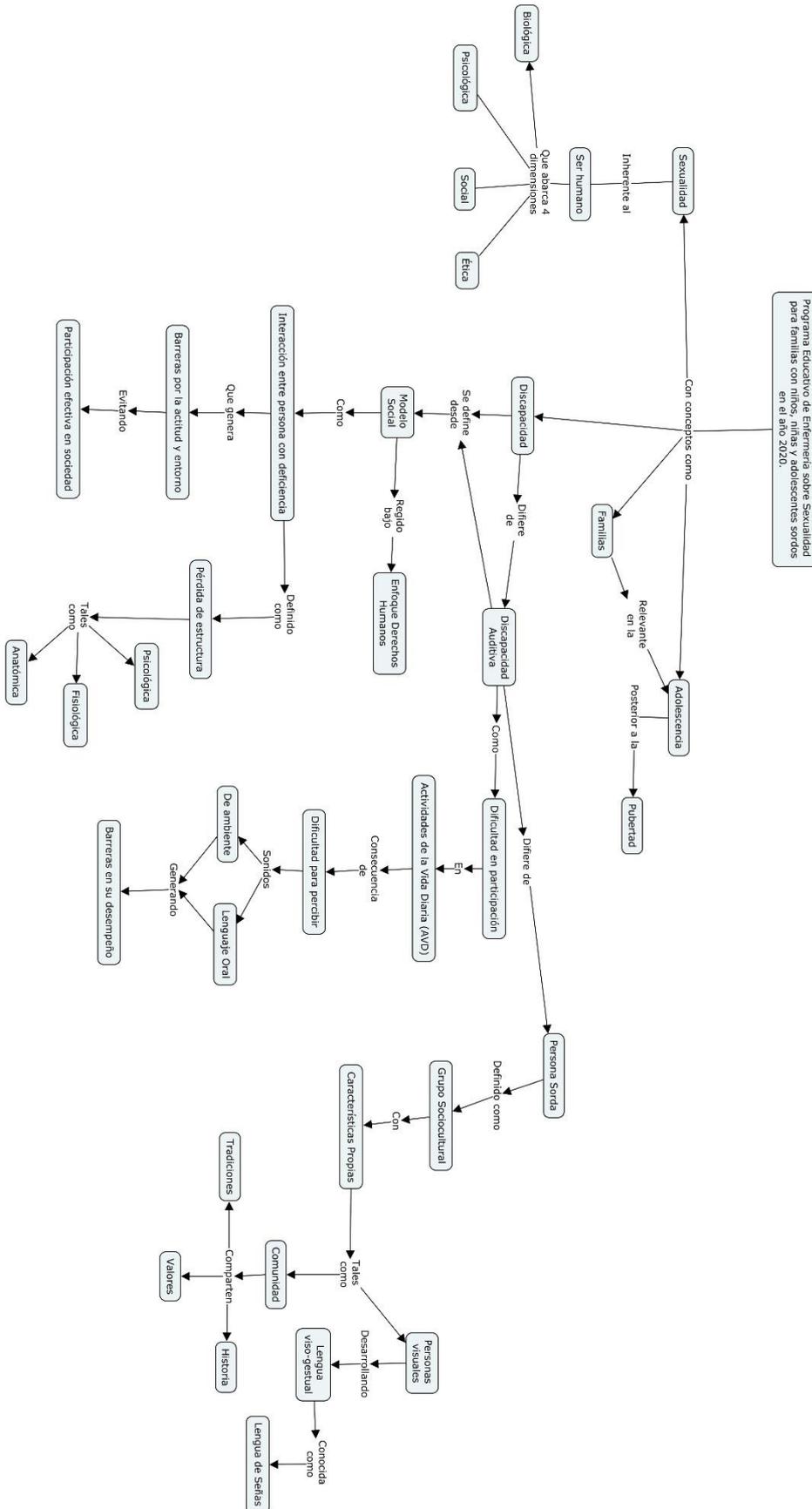
151. Suárez X, Castro N, Muñoz C. Impacto de la estrategia análisis de caso en la enseñanza de asignaturas biológicas. Educ Médica Super [Internet]. 2019 Dic [citado 09 Dic. 2020];33(2):1–18. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v33n2/1561-2902-ems-33-02-e1631.pdf>

152. Vargas E, Barrera F. Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Rev Colomb Psicol* [Internet]. 2002 [citado 13 Dic. 2020];(11):115–34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401109.pdf>
153. Orcasita Pineda LT, Cuenca J, Montenegro Céspedes JL, Rios DG, Haderlein A. Diálogos y Saberes sobre Sexualidad de Padres con Hijos e Hijas Adolescentes Escolarizados. *Rev Colomb Psicol* [Internet]. 2018 Ene-Jun [citado 01 Dic. 2020];27(1):41–53. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v27n1/0121-5469-rcps-27-01-00041.pdf>
154. Raimundi MJ, Molina MF, Leibovich N, Schmidt V. La comunicación entre padres e hijos: su influencia sobre el disfrute y el flow adolescente. *Rev Psicol* [Internet]. 2017 [citado 09 Dic. 2020];26(2):1–14. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v26n2/0719-0581-revpsicol-26-02-00092.pdf>
155. Navarro G, Flores G, González MG. Diferencias por sexo en el nivel de Autoeficacia percibida en una muestra de estudiantes de la Provincia de Concepción ¿Qué papel juegan los roles de género en la educación? *Rev Nac e Int Educ Inclusiva* [Internet]. 2019 [citado 13 Dic. 2020];12(1):205–24. Disponible en: <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/389/374>
156. Puello Scarpati M, Silva Pertuz M, Silva Silva A. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Diversitas*. 2014 [citado 13 Dic. 2020];10(2):225–46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n2/v10n2a04.pdf>
157. Ruiz CT, Reidi LM, Gallegos R. Validez de constructo de escala ambiente familiar para adolescentes. *Rev Espec en Ciencias la Salud*. 2017 Jun [citado 14 Dic. 2020];20(1):35–42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2017/vre171e.pdf>
158. Tipwareerom W, Weglicki L. Parents' knowledge, attitudes, behaviors, and barriers to promoting condom use among their adolescent sons. *Nurs Heal Sci*. 2017 [citado 14 Dic. 2020];19(2):212–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nhs.12331>

159. Breuner CC, Mattson G. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2016 Ago [citado 14 Dic. 2020];138(2):1–13. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1348>
160. Gambir K, Pinchoff J, Obadeyi O, Ngo TD. Opportunities and challenges for the introduction of a new female condom among young adults in urban Zambia. *Reprod Health* [Internet]. 2019 Dic [citado 14 Dic. 2020];16(1):1–8. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0839-x>
161. Moraes AA da S, Suto CSS, Oliveira EM, Paiva MS, Ferreira CSB, Barreto MA da S de A. A look at female condoms from public school students. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2019 Jul [citado 14 Dic. 2020];40:e20180277. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180277>
162. Zhang A, Feng X, Qiu C. Discharge teaching, readiness for hospital discharge and post-discharge outcomes in cataract patients: A structural equation model analysis. In Press. *J Nurs Manag*. 2020 [citado 10 Nov. 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13169>
163. Lindgren BM, Enmark A, Bohman A, Lundström M. A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *J Adv Nurs*. 2015 Abr [citado 29 Oct. 2020];71(4):860–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12554>
164. Acuña M, Sparud C, Bratt E-L, Moons P. Empowering Young Persons During the Transition to Adulthood. En: *Transition from Pediatric to Adult Healthcare Services for Adolescents and Young Adults with Long-term Conditions* [Internet]. Suiza: Springer, Cham; 2019 [citado 29 Oct. 2020]. p. 19–46. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-23384-6>
165. Hernández P. La importancia de la satisfacción del usuario. *Doc las Ciencias la Inf* [Internet]. 2011 Ago [citado 12 Nov. 2020];34:349–68. Disponible en: [https://doi.org/10.5209/rev\\_DCIN.2011.v34.36463](https://doi.org/10.5209/rev_DCIN.2011.v34.36463)

# **ANEXOS**

# Anexo 1. Mapa del Marco Conceptual



## Anexo 2. Consentimiento informado

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para las familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

Nombre de el/la investigador/a principal:

-Enoc Hidalgo Guevara

-Itzel Arguedas Barrantes

Nombre del/la participante:

---

Medios para contactar a la/el participante: números de teléfono

---

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto a través de otra persona

---

### A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

La presente práctica dirigida involucra un Trabajo Final de Graduación por parte de Itzel Arguedas Barrantes y Enoc Hidalgo Guevara, en supervisión de la MSc. Ana María Quezada Ugalde, pertenecientes a la Universidad de Costa Rica. Dicha práctica dirigida tiene como propósito brindar información a las familias de niños y niñas sordos para abordar temas relacionados con la sexualidad humana. Las familias corresponden a aquellas con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años en el año 2020.

### B. ¿QUÉ SE HARÁ?

Se harán diferentes sesiones interactivas virtuales en los que se logren abordar cada uno de los temas, así como responder a las consultas que surjan en cada una de ellas. Para participar, debe habitar con el niño o niña sordo y ser el encargado de su educación. Se realizarán diferentes sesiones de aproximadamente 1 hora mediante diferentes plataformas, como Zoom, Youtube y WhatsApp.

La práctica dirigida tardará aproximadamente 6 meses, en los cuales se hará una valoración inicial por medio de formularios y una reunión grupal a convenir;

seguidamente se harán las intervenciones propuestas por los estudiantes y aceptadas por los participantes; finalmente se evaluarán las mismas al final de cada sesión. Dentro de los instrumentos para la toma de muestras, se va a utilizar grabaciones de audio y video, notas escritas los cuales serán guardados bajo llave dentro de la Universidad y solo tendrán acceso los estudiantes con su tutora correspondiente.

### C. RIESGOS

Debido a la modalidad de práctica dirigida, se realizarán sesiones de talleres, en los cuales se llevarán a cabo actividades lúdicas con el fin de transmitir información relacionada con los diferentes ámbitos de la sexualidad humana. Por esta razón, existe una mínima probabilidad de riesgos; sin embargo, los riesgos se derivan de dichas dinámicas, tales como caídas con posibles lesiones físicas, incomodidad, ansiedad, entre otros.

### D. BENEFICIOS

El beneficio de esta Práctica Dirigida, será directamente hacia los y las participantes, garantizando conocimientos para la crianza, relaciones entre los miembros, calidad de vida de los hijos, fortalecer vínculos, disfrute de la plena sexualidad. Al finalizar dicha práctica, los participantes se beneficiarán de una devolución grupal por parte de los estudiantes para informar los resultados de la práctica dirigida.

### E. VOLUNTARIEDAD

La participación en las sesiones de los talleres será de forma voluntaria. En caso de retirarse, puede informarlo en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho. Tampoco será castigado (a) de ninguna forma por su retiro o falta de participación.

### F. CONFIDENCIALIDAD

En todo momento se mantendrá la confidencialidad de los participantes, con un manejo estricto de la información recolectada; la cual se guardará bajo llave dentro de la Universidad de Costa Rica, en la oficina de la tutora y solamente los estudiantes y su tutora tendrán acceso a la misma. En caso de grabaciones de audio o video, estas serán almacenadas en una memoria externa con su único uso para la práctica dirigida y serán guardadas en el espacio físico previamente mencionado. Una vez

finalizada, en el momento de la publicación de los datos, se hará de manera anónima, utilizando pseudónimos, así como la divulgación de resultados generales de los participantes, para asegurar la confidencialidad de los mismos.

Las personas que tendrán acceso a esta información son los estudiantes Enoc Hidalgo Guevara, Itzel Arguedas Barrantes, con su respectiva tutora Ana María Quezada Ugalde. Usted podrá acceder a la información y resultados mediante la devolución al final del Trabajo Final de Graduación.

## G. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización debe hablar con el o la profesional responsable de la investigación o sus colaboradores sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Enoc Hidalgo Guevara al teléfono 7075-5850 de 7:00am-4:00pm. Itzel Arguedas Barrantes al teléfono 8640 2473 de 7:00am-4:00pm Ana María Quezada Ugalde al teléfono 8864 0859 de 7:00am-4:00pm.

H. Usted no perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar libremente en esta práctica dirigida.

\*Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.

---

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la testigo

---

Lugar, fecha y hora

## **Anexo 3. Formularios de Google para la fase diagnóstica individual.**

### **3.1. Diagnóstico individual.**

1. Nombre del niño (a) o adolescente.
2. Edad del niño (a) o adolescente.
3. Parentesco con el niño (a) o adolescente.
4. Comunicación con la persona sorda.
5. Además de usted y el niño (a) o adolescente sordo ¿cuáles otras personas viven en su casa?
6. ¿Cómo se comunican estas personas con el niño (a) o adolescente sordo?
7. ¿Cuál es su lugar de residencia?
8. Específicamente, ¿En qué cantón?
9. Donde usted reside, ¿Es una zona urbana o rural?
10. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
11. ¿Usted trabaja?
12. En caso de contestar sí en la respuesta anterior, ¿en qué trabaja?
13. ¿El ingreso familiar es suficiente para cubrir las necesidades del hogar?

### **3.2. Disponibilidad para el programa educativo.**

1. Opción 1
  - a. Día disponible.
  - b. Espacio del día.
  - c. Comentarios.
2. Opción 2
  - a. Día disponible.
  - b. Espacio del día.
  - c. Comentarios.

### **3.3. Datos para las sesiones.**

1. Nombre Completo.
2. Correo electrónico.
3. ¿Cuenta con internet en su hogar?
4. En caso de tener internet en su hogar, marque las opciones por medio de las que obtiene este servicio: plan prepago, plan pospago, router u otro.

5. En caso de tener internet en su hogar, ¿cómo califica su funcionamiento?
6. Marque los dispositivos que tiene a su disposición para uso durante las sesiones: celular, tablet, laptop, computadora de escritorio, otros.
7. ¿Conoce alguna de estas plataformas?: Zoom, Skype, Google Meetings, Jisti, otro.
8. ¿Cuáles de las anteriores podría utilizar para las sesiones del Programa Educativo?
9. Nombre.
10. ¿Cuáles temas sobre sexualidad desea que sean abordados por los estudiantes en el programa educativo?

#### **3.4. Sugerencia de temas sobre sexualidad.**

1. Nombre.
2. ¿Cuáles temas sobre sexualidad desea que sean abordados por los estudiantes en el programa educativo?

#### **Anexo 4. Preguntas para la fase diagnóstica grupal.**

1. ¿Cuáles son los temas que frecuentan hablar en su casa con su hijo/hija?
2. ¿Las expectativas respecto a su rol parental cambiaron al conocer que su hijo o hija es una persona sorda?
3. ¿Creen que su rol como padre/madre/encargado es diferente que el de una familia de oyentes?
4. ¿Consideran necesario educar sobre sexualidad al niño/niña/adolescente?
5. ¿Han abordado el tema de sexualidad con los niños/niñas/adolescentes?
6. ¿Cuáles creen que son los retos más frecuentes?
7. ¿Quién debería iniciar la conversación sobre sexualidad? ¿Por qué?
8. ¿Cuáles aspectos creen que son más necesarios que los niños/niñas/adolescentes conozcan sobre sexualidad?
9. ¿Consideran necesario que las familias se eduquen en temas de sexualidad?
10. ¿Cuáles son sus expectativas con respecto al programa educativo?
11. Recomiendan alguna metodología (estrategias) con la que se deban abordar las temáticas.

## **Anexo 5. Preguntas de Kahoot!**

### **5.1. Preguntas de Kahoot! de la primera sesión asincrónica**

1. En la adolescencia, se ven cambios físicos en todo el cuerpo.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
2. Los cambios físicos en la adolescencia varían según el desarrollo de la persona.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
3. El color rojo en el semáforo significa...
  - a. Todos lo pueden tocar.
  - b. Solo algunas personas lo pueden tocar.
  - c. Nadie lo puede tocar.
  - d. Mi familia lo puede tocar.
4. Las erecciones matutinas NO son normales en el desarrollo de los hombres.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
5. La menarca (primera menstruación) se presenta como un cambio físico en la adolescencia.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
6. El color verde en el semáforo significa...
  - a. Todos lo pueden tocar.
  - b. Solo algunas personas lo pueden tocar.
  - c. Nadie lo puede tocar.
  - d. Mi familia lo puede tocar.
7. La sexualidad se vive en todas las etapas de la vida
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
8. El color amarillo en el semáforo significa...
  - a. Todos lo pueden tocar.
  - b. Solo algunas personas lo pueden tocar.
  - c. Nadie lo puede tocar.

- d. Mi familia lo puede tocar.
9. La sexualidad abarca solo el sexo.
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
10. ¿Cuál de estas áreas no abarca la sexualidad?
- a. Física.
  - b. Emocional.
  - c. Social.
  - d. Académica.

## **5.2. Preguntas de Kahoot! de la segunda sesión asincrónica**

1. ¿Cuál de estas etapas no pertenece a la Adolescencia?
  - a. Temprana.
  - b. Media.
  - c. Prematura.
  - d. Tardía.
2. La pubertad es DESPUÉS de la Adolescencia.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
3. La adolescencia temprana va de los 10 a los 13 años.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
4. En la Adolescencia Media hay un distanciamiento de la familia.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
5. Los cambios en la Adolescencia son iguales para todos.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
6. En la Adolescencia Temprana desarrollan conductas para agradar a sus amigos.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
7. En la Adolescencia Tardía comienzan a planificar un futuro.
  - a. Verdadero.

- b. Falso.
- 8. Las emociones las podemos sentir en diferentes partes del cuerpo.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 9. Si los Adolescentes nos dicen que "no pasa nada" NO hay que preguntar más.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 10. Es importante dejar solo al adolescente en esta etapa.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.

### **5.3. Preguntas de Kahoot! de la tercera sesión asincrónica**

- 1. Es necesario establecer límites con los adolescentes.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 2. Los adolescentes sordos tienen el derecho de una información completa y accesible.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 3. La educación sobre sexualidad a los niños (as) y adolescentes le corresponde ÚNICAMENTE al MEP.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 4. El MEP tiene un papel importante en los programas de sexualidad.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 5. Es importante que los límites sean iguales en los espacios familiares donde el adolescente convive.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
- 6. Es importante darles un espacio para que los adolescentes puedan estar con amigos (as).
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.

7. En Costa Rica existen leyes que apoyan la educación sexual en adolescentes.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
8. En Costa Rica la LESCO es reconocida como lengua materna en las personas sordas.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
9. Los adolescentes deben pagar un monto por recibir información sobre sexualidad.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
10. Si los (as) adolescente sordos no entienden la información, el responsable de que entienda es la familia.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.

#### **5.4. Preguntas de Kahoot! de la cuarta sesión asincrónica**

1. El condón (masculino o femenino) es un método que protege contra infecciones de transmisión sexual.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
2. Si tengo relaciones sexuales de pie, puedo quedar embarazada.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
3. ¿Cuál de estos NO pertenece a los tipos de pastillas anticonceptivas?
  - a. 21 días.
  - b. 28 días.
  - c. 30 días.
  - d. Ninguna de las anteriores.
4. Las varillas implantables funcionan inmediatamente.
  - a. Verdadero.
  - b. Falso.
5. ¿Cuál de estos NO pertenece a los tipos de inyecciones?
  - a. 1 mes.

- b. 3 meses.
  - c. 6 meses.
  - d. Ninguna de las anteriores.
6. Existe un dispositivo intrauterino que contiene cobre.
- a. Verdadero.
  - b. Falso.
7. ¿Cuál de estos dispositivos dura más?
- a. Dispositivo Intrauterino de cobre ("T" de cobre)
  - b. Inyección de 1 mes.
  - c. Pastilla de 28 días.
  - d. Condón masculino.
8. ¿Cuál de estas acciones NO debe realizarse con los hijos?
- a. Reírse si pregunta algo gracioso.
  - b. Mostrarse abiertas a hablar del tema.
  - c. Preguntarles qué conocen del tema.
  - d. Preguntarles donde obtuvieron la información.
9. ¿Cuál de estas acciones SI debe realizarse con los hijos?
- a. Profundizar el tema conforme el desarrollo del mismo.
  - b. Decirle que le pregunte a su profesora.
  - c. Evitar hablar del tema.
  - d. Decirle cosas básicas siempre, aunque él/ella lo sepa.
10. Hablar del tema de sexualidad los impulsa a que lo experimenten.
- a. Verdadero.
  - b. Falso.

## **Anexo 6. Formulario para evaluar las sesiones sincrónicas**

1. Número de Sesión: 1, 2, 3, 4.
2. Del 1 al 10, siendo 1 Muy Malo y 10 Excelente, ¿qué le pareció la sesión?
3. Recomendaciones para la siguiente sesión.

## **Anexo 7. Formulario para la evaluación del programa educativo.**

1. El cumplimiento de los objetivos del Programa Educativo fue...
2. El cumplimiento de las actividades programadas fue...
3. La información brindada fue...
4. Las actividades realizadas durante las sesiones fueron...
5. El tiempo destinado para el desarrollo de los temas fue...
6. El dominio de los temas fue...
7. Su capacidad para despertar interés por los temas fue...
8. Su capacidad para conducir a las participantes durante las sesiones fue...
9. La manera de exponer los temas fue...
10. Su disposición para contestar las preguntas y atender consultas de las participantes fue...
11. Su puntualidad en las sesiones fue...
12. Los métodos usados durante las sesiones (charlas, conversatorios, entre otros) fueron...
13. La utilización de la Lengua de Señas Costarricense (LESCO) por parte de los facilitadores fue...
14. La información de las infografías fue...
15. El diseño de las infografías fue...
16. Su propia participación fue...
17. La interacción con las otras participantes fue...
18. ¿Considera que la información y herramientas aprendidas son aplicables con su hijo o hija? Explique
19. ¿Qué temas del Programa Educativo recomendaría ampliar, quitar o incluir?
20. En el siguiente espacio puede anotar otras recomendaciones o comentarios.
21. Por su parte, la escala para las primeras 17 preguntas fue la siguiente:
  - a. Muy buena.
  - b. Buena.
  - c. Regular.
  - d. Deficiente.
  - e. Muy deficiente.

## Anexo 8. Aprobación de cambio de población en el Trabajo Final de Graduación.

### 8.1. Aprobación del Anteproyecto del Trabajo Final de Graduación.



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

**EE** Escuela de  
Enfermería

03 de diciembre 2019  
EE-2196-2019

**Itzel Arguedas Barrantes**  
**Enoc Hidalgo Guevara**  
Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Estimados (as) estudiantes:

Por este medio se le informa que en sesión **268-2019** de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó el trabajo titulado: "Programa educativo sobre sexualidad para las familias con niños y niñas sordos en la Escuela Dr. Carlos Sáenz Herrera, año 2020"

#### **OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

Marco referencial: iniciar con un párrafo introductorio sobre la organización y contenidos del capítulo. El marco empírico debería ampliarse a pesar de la escasez mencionada por los estudiantes.

Hay buena redacción y uso de citas.

Deben traducir al español los textos en otro idioma, por ejemplo figura 1, o el uso de "NIC y NOC", agregar números de página y tabla de contenido.

**ACUERDO FIRME: SE APRUEBA.**

Atentamente,

  
Dr. Derby Muñoz Rojas, PhD, MSc, Lic  
Coordinador  
Comisión de Trabajos Finales de Graduación



Drm/Npa



Recepción: 2511-2111, Servicios Administrativos: 2511-2093 Asuntos Estudiantiles: 2511-2107  
Secretaría Módulos: 2511-5210, Secretaría Dirección: 2511-2105, Sitio Web: [www.enfermeria.ucr.ac.cr](http://www.enfermeria.ucr.ac.cr)  
E-mail: [enfermeria@ucr.ac.cr](mailto:enfermeria@ucr.ac.cr)

## 8.2. Aprobación sobre el cambio de población en el Trabajo Final de Graduación."



**EE** Escuela de  
Enfermería

03 de agosto del 2020  
**EE-1068-2020**

**Enoc Hidalgo Guevara**  
**Itzel Arguedas Barrantes**  
**Estudiantes de Licenciatura en Enfermería**

Estimados estudiantes:

Por este medio se les informa que en sesión **277-2020** de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó su solicitud de modificación de título y población para el trabajo titulado: Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para las familias con niños, niñas y adolescentes sordos en la Escuela Dr. Carlos Sáenz Herrera".

**ACUERDO FIRME:** Se aprueba cambio de la población, uso de estrategias virtuales y título, ahora la práctica se denominará "Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos de 9 a 13 años, en el año 2020".

Atentamente,

**DERBY MUÑOZ**  
**ROJAS (FIRMA)**

Firmado digitalmente por  
DERBY MUÑOZ ROJAS  
(FIRMA)  
Fecha: 2020.08.03 21:27:20  
-06'00'

Dr. Derby Muñoz Rojas, PhD, MSc, Lic  
Coordinador  
Comisión de Trabajos Finales de Graduación

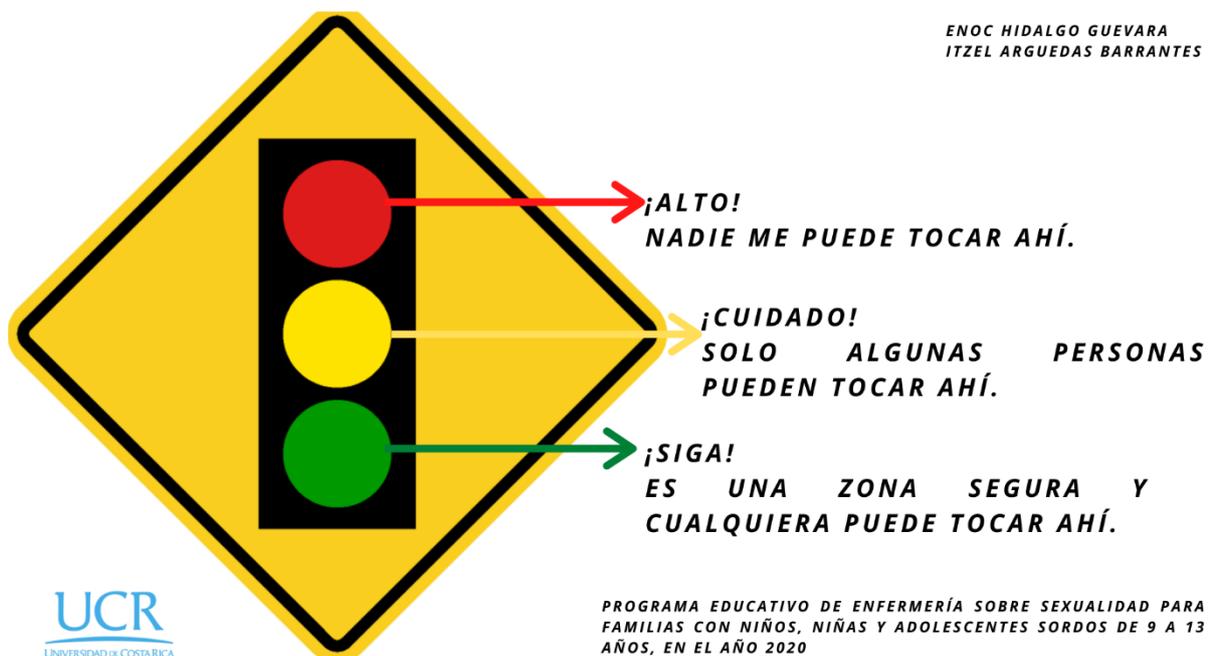
Drm/Npa



Recepción: 2511-2111, Servicios Administrativos: 2511-2093 Asuntos Estudiantiles: 2511-2107  
Secretaría Módulos: 2511-5210, Secretaría Dirección: 2511-2105, Sitio Web: [www.enfermeria.ucr.ac.cr](http://www.enfermeria.ucr.ac.cr)  
E-mail: [enfermeria@ucr.ac.cr](mailto:enfermeria@ucr.ac.cr)

## Anexo 9. Infografías

### 9.1 Infografías para reforzar el contenido de la primera sesión sincrónica



# PUBERTAD



ITZEL ARGUEDAS BARRANTES  
ENOC HIDALGO GUEVARA

## ¿QUÉ ES?



Abarca la dimensión biológica de la sexualidad. Van a haber sustancias en el cuerpo (hormonas) que ayudan a que se presenten cambios físicos.

## ¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS EN EL HOMBRE?

El primer signo es el aumento del tamaño de los testículos

Aumento del tamaño del pene

Aumenta la velocidad de crecimiento 1 año después del inicio de la pubertad.

El aumento en el tamaño del pene y testículos dura 3 años y medio aproximadamente.

Aparición de vello púbico y axilar se da aproximadamente a los 6 meses del primer signo.

Luego aparece vello en la cara, pecho, muslo y piernas.

- Cambio de la voz
- Aparición de acné
- Aumento de la masa muscular
- Aumento de la sudoración

Otros cambios muscular

## ¡RECUERDE!



Cada persona es diferente. Podría variar la presentación de estos cambios así como adelantarse o atrasarse.

Consulte en caso que los cambios aparezcan antes de los 8 o después de los 13 años.

**Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos**

## Referencias Bibliográficas

- Beltrand, J., & Polak, M. (2016). *Pubertad normal y patológica*. EMC - Tratado de Medicina, 20(3), 1-7. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(16\)79455-4](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(16)79455-4)

# PUBERTAD



ITZEL ARGUEDAS BARRANTES  
ENOC HIDALGO GUEVARA

## ¿QUÉ ES?



Abarca la dimensión biológica de la sexualidad. Van a haber sustancias en el cuerpo (hormonas) que ayudan a que se presenten cambios físicos.

## ¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS EN LA MUJER?

El primer signo es la aparición del botón mamario

Al mismo momento del primer signo, aumenta la velocidad de crecimiento

La menstruación puede ocurrir 2 años después del primer signo

El crecimiento de las mamas se da desde el primer signo hasta aproximadamente 4 años después

Cambios en genitales externos

- Crecen los labios mayores
- Crece el clítoris
- Aumenta la coloración de la piel, se vuelve más oscura
- Aparece una secreción o líquido blanquecino

Otros cambios

- Aparece vello axilar y púbico
- Aumenta la sudoración
- Se acumula grasa en cadera, glúteos, muslos y mamas

## ¡RECUERDE!



Cada persona es diferente. Podría variar la presentación de estos cambios así como adelantarse o atrasarse.

Consulte en caso que los cambios aparezcan antes de los 9 o después de los 14 años.

**Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos**

## Referencias Bibliográficas

- Beltrand, J., & Polak, M. (2016). *Pubertad normal y patológica*. EMC - Tratado de Medicina, 20(3), 1-7. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(16\)79455-4](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(16)79455-4)

## 9.2 Infografías para reforzar el contenido de la segunda sesión sincrónica

 **ADOLESCENCIA TEMPRANA**  
ITZEL ARGUEDAS BARRANTES  
ENOC HIDALGO GUEVARA

 Es la primer etapa de la adolescencia. Aproximadamente, se da entre los 10 y 13 años de edad.

### Principales características

 <p>Pensamiento centrado en sí mismo o misma. Sienten que son el centro de todo lo que ocurre a su alrededor</p>	 <p>Atención dirigida a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cambios en el cuerpo</li><li>• Apariencia</li><li>• ¿Esto es normal o no?</li></ul>
 <p>Siente y cree que sus amigos están preocupados por sus cambios y apariencia</p>	 <p>Eligirá la vestimenta, peinado, lenguaje, entre otros para satisfacer a sus amigos o amigas</p>
 <p>Emociones pueden variar rápidamente</p>	 <p>Aumenta el deseo de privacidad</p>
 <p>Tendencia a "soñar despierto". Es bueno para conformar su identidad, explorar, resolver problemas</p>	 <p>Aumenta deseo de independencia. Tienen a alejarse de la familia y dan más importancia a los amigos</p>
 <p>Empiezan a poner a prueba los límites de la familia, la supervisión y los consejos</p>	 <p>Dudas sobre la menstruación, masturbación, tamaño de mamas o pene. Inicia las fantasías sexuales y sueños húmedos</p>

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos

### Referencias Bibliográficas

• Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría, 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

# Adolescencia Media

ITZEL ARGUEDAS BARRANTES  
ENOC HIDALGO GUEVARA



Es la segunda etapa de la adolescencia.  
Aproximadamente, se da entre los 14 y 17 años de edad.

## Principales características



El hecho central de esta etapa es que aumenta el distanciamiento de la familia y toma más importancia los amigos



La imagen que tenga de sí mismo o misma va a depender de la opinión de otras personas, como sus amigos



Se va a preferir la vestimenta, conducta y reglas que caracterizan a sus amigos



Podría iniciarse una relación de pareja



Se actúa por impulsos a pesar de los riesgos. Hay deseo de aumentar las sensaciones



Tienden a criticar y desafiar lo impuesto por su familia. Intenta buscar sus propias creencias, esto aumenta los conflictos



Prefiere pasar más tiempo a solas



Ya no piensa solo en sí. Se preocupa y se interesa por los sentimientos de otras personas



Hay más aceptación de su cuerpo y aumenta la comodidad con este



Se toma conciencia de la orientación sexual

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos

### Referencias Bibliográficas

- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

# ADOLESCENCIA TARDÍA

Itzel Arguedas Barrantes  
Enoc Hidalgo Guevara



Es la tercer y última etapa de la adolescencia.  
Aproximadamente, se da entre los 18 y 19 años de edad.

## Principales características



En muchas ocasiones, este período se caracteriza por la tranquilidad y conformación de la personalidad



Es importante que haya un buen acompañamiento de la familia en las etapas anteriores para crear un buen lazo en esta última etapa



Va a tener una identidad más firme, la imagen de sí mismo o misma ya no depende de sus amigos



Se tiene mayor control de impulsos. Hay mayor conciencia de sus límites y consecuencias



Hay mayor capacidad de solucionar problemas y de tomar decisiones por sí mismos o mismas



Aumenta el interés por hacer planes a futuro y piensan en qué les gustaría ser



Seleccionan mejor a los amigos, prefiriendo tener menor cantidad



Se acercan nuevamente a la familia. Valora las experiencias y valores de su papá y mamá



Prefieren relaciones de pareja más íntimas y estables basadas en la comprensión, cuidado mutuo y valores similares



**RECUERDE** que al final de la adolescencia no se obtiene una "persona acabada", pues seguirá modificándose a lo largo de la vida

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos

### Referencias Bibliográficas

- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

### 9.3 Infografías para reforzar el contenido de la tercera sesión sincrónica

**NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES: COMPONENTE DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA**

Fue creada como respuesta a las necesidades de los adolescentes, ya que se consideraban sanos y que no necesitaban atención.

**ESTABLECE QUE...**

- Debe de brindarse educación en sexualidad desde la niñez.
- La sexualidad es fundamental en el desarrollo de los y las adolescentes.
- TODAS y TODOS debe tener acceso sin distinción o discriminación.

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos

Itzel Arguedas  
Enoc Hidalgo

UCR  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

**CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO (LEY 8661)**

**ARTÍCULO 28 INCISO "A"**

"Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva"

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos

Itzel Arguedas  
Enoc Hidalgo

UCR  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



**LEY PARA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (LEY 9379)**

**ARTÍCULO 11  
INCISO "D"**

"Garantizar que la persona con discapacidad tenga acceso a información completa y accesible para que decida sobre sus derechos sexuales y reproductivos, en igualdad de condiciones con los demás"

---

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos

Itzel Arguedas  
Enoc Hidalgo



**LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (LEY 7600).**

**ARTÍCULO 15**

"El Ministerio de Educación Pública promoverá la formulación de programas que atiendan las necesidades educativas especiales y velará por ella, en todos los niveles de atención"

---

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos

Itzel Arguedas  
Enoc Hidalgo





## CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

### ARTÍCULO 58 CAPÍTULO V

"Es obligación de autoridades educativas propiciar la inclusión, en los programas educativos, de temas relacionados con la educación sexual"

---

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos

Itzel Arguedas  
Enoc Hidalgo



UCR  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



## LEY DE RECONOCIMIENTO DE LENGUAJE DE SEÑAS COSTARRICENSE (LESCO) COMO LENGUA MATERNA (LEY 9049)

### ARTÍCULO 1

"Se reconoce el lenguaje de señas costarricense (LESCO) como lengua materna de la comunidad sorda. El Estado, de conformidad con el artículo 78 de la Constitución Política, deberá garantizar a esta comunidad la prestación del servicio de educación obligatoria en su lengua materna"

### ARTÍCULO 3

"Corresponderá al Ministerio de Educación Pública incorporar, en sus programas educativos, los planes y las acciones para apoyar el estudio, la investigación y la divulgación del lenguaje de señas costarricense"

---

Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos



UCR  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Itzel Arguedas  
Enoc Hidalgo

## 9.4 Infografías para reforzar el contenido de la cuarta sesión sincrónica

**UCR**  
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Programa Educativo de Enfermería  
sobre Sexualidad para familias con  
niños, niñas y adolescentes sordos

Itzel Arguedas  
Enoc Hidalgo



### PASTILLAS

Eficacia: mayor al 99%

#### TIPOS

21 DÍAS



28 DÍAS



Las pastillas pueden ser combinadas, es decir, tener tanto estrógenos como progesterona.  
Existen otras que solo tienen progesterona.

#### ¿QUÉ HACEN EN EL CUERPO?

- Evitan la ovulación.
- Espesan el moco, dificultando el ascenso de los espermatozoides.
- Crea un ambiente poco favorable en el útero, impidiendo el embarazo

#### REFERENCIAS

- Ciarmatori, S., Discacciati, V., & Mülli, V. (2016). *Métodos Anticonceptivos. Consejos para mejorar la calidad de vida*. NED Ediciones
- Monterrosa, A. (2006). Anticonceptivos orales de solo progestina. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(1). <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n1/v57n1a07.pdf>
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia* (23 Ed). McGraw-HILL
- UptoDate. (2020). *Drug Information*. <https://www.uptodate.com/home>

### POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DE LOS ESTROGENOS

 Acumulación de líquidos	 Aumento de la presión	 Dolor de cabeza
 Ansiedad	 Dolor en mamas	 Náuseas - vómitos
 Visión borrosa o doble	 Várices	 Dolor de articulaciones

### POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DE LA PROGESTERONA

 Dolor de cabeza	 Mareos	 Aumento del apetito
 Dolor en mamas	 Aumento de la presión	 Depresión
 Caída de cabello	 Dolor en abdomen	 Dolor muscular

#### VENTAJAS

- Ayudan a regular la menstruación y disminuir el sangrado.
- Evita la formación de quistes en los ovarios.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario, colon.
- Disminuye el acné y vello
- Disponible en la CCSS.

#### DESVENTAJAS

- Puede olvidarse.
- Puede causar síntomas desagradables.

**NO** protegen contra infecciones de transmisión sexual



## ¿QUÉ HACER SI OLVIDA TOMAR 1 O VARIAS PASTILLAS?

### Olvido de 1 o 2 pastillas

- Tomar la pastilla en cuanto lo recuerde. Luego continuar con el horario normal.
- Puede tomar 2 pastillas en uno o dos días. **NO** tomar juntas porque aumentan el malestar de efectos secundarios.
- EJEMPLO 1: olvidó tomar la pastilla el lunes a las 9:00 pm. El martes a las 11:00 am recordó el olvido entonces la toma de una vez. Luego, este mismo martes toma la pastilla a las 9:00 pm. El miércoles sigue con el horario normal.
- EJEMPLO 2: olvidó tomar la pastilla del lunes y el martes. En este caso, tome 2 pastillas cada día por 2 días: miércoles por la mañana, miércoles en la noche, jueves en la mañana y jueves en la noche. El viernes continúa una pastilla por día en el horario normal.

➔ **No** es necesario el uso de métodos de barrera como el condón.



### Olvido de 3 o más pastillas

- Tomar la pastilla en cuanto lo recuerde y continuar con el horario normal. Es decir, puede tomar 2 pastillas en un día.
- **NO** tomar juntas porque aumentan el malestar de efectos secundarios.
- EJEMPLO: Olvidó tomar la pastilla del lunes, martes y miércoles. Recordó esto el jueves en la mañana o en la tarde, entonces toma la pastilla de una vez. Luego, tome otra pastilla el jueves en el horario establecido. A partir del viernes, tome una pastilla por día en el horario establecido.

➔ **Sí** es necesario el uso de métodos de barrera como el condón **durante 7 días.**



## REFERENCIAS

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina*. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_585\\_anticoncepcion\\_iacs\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf)
- Vásquez, D., & Ospino, A. (2020). ANTiconceptivos orales combinados. *Ginecol Obstet Mex*, 88(1), S13-S31. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2020/goms201d.pdf>



## VARILLA IMPLANTABLE

Eficacia: mayor al 99%

### ¿QUÉ ES?

Son varillas hechas de plástico que se caracterizan por ser flexibles, con una medida de 4 cm de largo y 2 mm de ancho. Su función es liberar hormonas de forma gradual, es decir, se va a ir liberando en las cantidades necesarias de forma continua.

### ¿CUÁNTO DURA?

De 3 a 5 años

### ¿QUÉ HACE EN EL CUERPO?

- Impide la ovulación.
- Provoca cambios en el cuello del útero, dificultando la entrada de espermatozoides en el útero

### REFERENCIAS

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2019). *Ficha Técnica IMPLANON NXT 68 mg*. [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62628/FT\\_62628.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62628/FT_62628.html)
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia* (23 Ed). McGraw-HILL
- Matorras, R., Hernández, J., Molero, D. (2008). *Tratado de Reproducción Humana para Enfermería*. Editorial Médica Panamericana. <https://bit.ly/33N58Qm>
- Merck Sharp and Dohme de España. (2016). Prospecto para el usuario. IMPLANON NXT.
- Villar, M., & Hernández, M. (2017). Planificación familiar. Método anticonceptivo hormonal subdérmico. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. <https://bit.ly/34KqF1>

## POSIBLES EFECTOS ADVERSOS FRECUENTES



Dolor de cabeza



Peso aumenta o baja



Dolor de mamas



Sangrado irregular



Caída de cabello



Náuseas-vómitos



Aumento del apetito

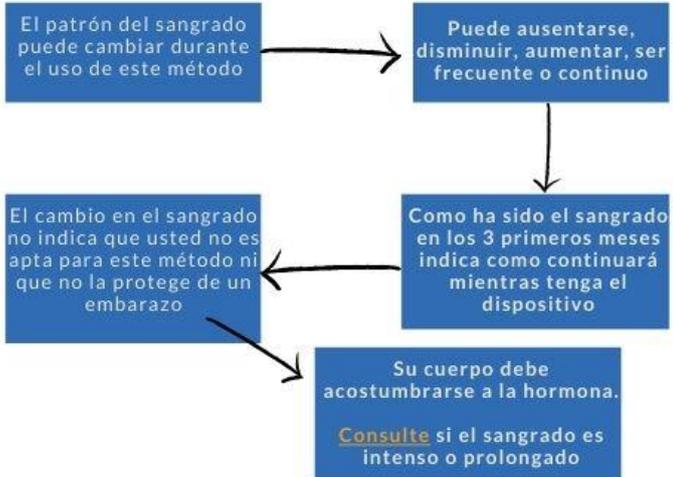


Dolor en el brazo



Mareos

## ¿QUÉ SUCEDE CON EL SANGRADO?



## VENTAJAS

- Al estar colocado en el brazo, no hay riesgo de olvido.
- Luego que se retira el dispositivo, la mujer sigue siendo fértil.
- Es discreto y de larga duración.
- Disponible en la CCSS.

## DESVENTAJAS

- Menstruaciones irregulares.
- Puede provocar acné y aumento del peso.
- Puede provocar quistes.

**NO** protegen contra infecciones de transmisión sexual

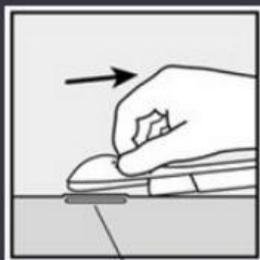
## ¿COMO SE COLOCAN LAS VARILLAS IMPLANTABLES?



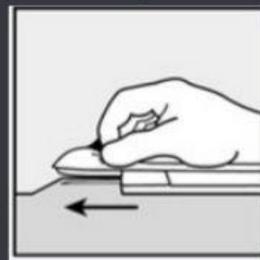
Se va a solicitar que se acueste y coloque el brazo de esta forma



Luego se marca el lugar donde se va a insertar el implante y se coloca anestesia



Con ayuda del aplicador, se coloca la varilla y se retira el aplicador



Se va a iniciar a insertar la aguja justo debajo de la piel



Por último, se le va a colocar una gasa y un vendaje adhesivo.



Quite la gasa a las 24 horas

Quite el vendaje adhesivo a los 3-5 días.

## REFERENCIAS

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2019). *Ficha Técnica IMPLANON NXT 68 mg.* [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62628/FT\\_62628.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62628/FT_62628.html)



## INYECCIONES

Eficacia: mayor al 99%

### TIPOS



Las inyecciones pueden ser combinadas, es decir, tener tanto estrógenos como progesterona.

Existen otras que solo tienen progesterona

### ¿QUÉ HACE EN EL CUERPO?

- Mensual: Evita la ovulación y también provoca cambios en el moco, dificultando el movimiento de los espermatozoides.
- Trimestral: Evita que los óvulos se liberen o que maduren. De este modo, se evita que los espermatozoides lo fecunden.

### REFERENCIAS

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2019). Prospecto Depo-Provera 150 mg/ml suspensión inyectable. [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/46983/Prospecto\\_46983.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/46983/Prospecto_46983.html)
- Bayer. (s.f). MESIGYNA Solución Inyectable. <https://www.colegiofarmaceutico.cl/MFT/PRODUCTO/P7747.HTM>
- Jinich, H., Lifshitz, A., & García, J. (2017). *Síntomas y signos cardinales de las enfermedades*. Editorial el Manual Moderno. <https://bit.ly/3137PeP>
- Vargas, A., & Palacios, V. (2014). *Ciencias Salud 2*. Grupo Editorial Patria. <https://bit.ly/31Yn8NZ>

### POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DE LA INYECCIÓN MENSUAL



### POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DE LA INYECCIÓN TRIMESTRAL



### VENTAJAS

- Son muy eficaces si se usan correctamente.
- Es reversible, es decir, al dejar de usarse la mujer continúa siendo fértil.
- Disponible en la CCSS.

### DESVENTAJAS

- Deben consumirse alimentos ricos en calcio y vitamina D.
- La persona podría tener malestar en los primeros meses por los efectos.

**NO** protegen contra infecciones de transmisión sexual

### ¿CÓMO SE USAN LAS INYECCIONES MENSUALES?

Si se coloca desde el primer día de la menstruación, no es necesario el uso de condón para evitar el embarazo.



Si se coloca entre los días 2-5 desde el inicio de la menstruación, es recomendable el uso de condón.



En el caso de adolescentes, puede usarse después de la primera menstruación.



Las siguientes inyecciones, deben colocarse entre el día 27 y 33 días de la última inyección

### ¿CÓMO SE USAN LAS INYECCIONES TRIMESTRALES?

La primera dosis debe colocarse en los primeros 5 días de la menstruación



La inyección puede no ser eficaz si transcurren más de 12 semanas y 5 días (89 días)



Usualmente se aplica en el glúteo o en el brazo



Colocarla cada 3 meses (12 semanas)

### REFERENCIAS

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2019). *Prospecto Depo-Provera 150 mg/ml suspensión inyectable*. [https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/46983/Prospecto\\_46983.html](https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/46983/Prospecto_46983.html)
- Bayer. (s.f). *MESIGYNA Solución Inyectable*. <https://www.colegiofarmaceutico.cl/MFT/PRODUCTO/P7747.HTM>



Las inyecciones trimestrales pueden disminuir la densidad ósea, es decir, puede provocar que el hueso pierda componentes importantes y debilitarlo. Por esta razón, es recomendable comer alimento ricos en calcio y vitamina D.

### FUENTES DE CALCIO



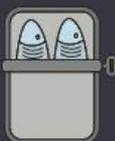
Yogur



Leche



Queso



Sardinas



Salmón



Brócoli



Nueces



Garbanzos



Lentejas



Frijoles



Espinaca

### FUENTES DE VITAMINA D



Atún enlatado



Hígado



Huevo



Sardinas



Margarina



Hongos



Pescado



Queso



Leche



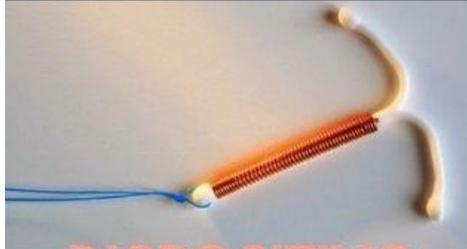
Exposición solar



Yogur

### REFERENCIAS

- Hay, W., Levin, M., Abzug, M., & Munik, M. (2020). *Diagnóstico y tratamiento pediátrico* (25 Ed.). McGRAW-HILL. <https://accessmedicina-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2933&sectionid=247210674#247210902>
- Mackey, J. (2019). *La fuente de la longevidad*. Penguin Random House. <https://bit.ly/2luRBEO>
- Resnik, R., Lockwood, C., Moore, T., Greene, M., Copel, J., & Silver, R. (2019). *Creasy & Resnik. Medicina maternofoetal: Principios y práctica*. Elsevier Health Sciences. <https://bit.ly/377sx10>
- Serrano, S., Cervera, P., López, C., Ribera, J., & Sastre, A. (2010). *Guía de alimentación para personas mayores*. ERGON



## DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Eficacia: mayor al 99%

### ¿QUÉ ES?

Es un dispositivo que se coloca en el útero. Tiene forma de T y posee un alambre delgado de cobre que lo rodea, teniendo buenos resultados como método anticonceptivo. Además, tiene dos hilos delgados que podrían sentirse en la vagina; ayudan a comprobar si está bien colocado.

### ¿CUÁNTO DURA?

Tiene una duración de 10 años

### ¿QUÉ HACE EN EL CUERPO?

- Provoca que el útero no sea adecuado para el embarazo.
- Actúa como un espermicida, es decir, provoca la muerte de los espermatozoides.

### REFERENCIAS

- CooperSurgical. (2019). *Parogard. Intrauterine copper contraceptive*. <https://bit.ly/33ZM7Kk>
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia* (23 Ed). McGraw-HILL
- Jinich, H., Lifshitz, A., & García, J. (2017). Síntomas y signos cradinales de las enfermedades. Editorial el Manual Moderno. <https://bit.ly/3137PeP>
- Vargas, A., & Palacios, V. (2014). *Ciencias Salud 2*. Grupo Editorial Patria. <https://bit.ly/31Yn8NZ>

## POSIBLES EFECTOS ADVERSOS FRECUENTES



Sangrado prolongado



Cólicos



Anemia



Irritación en la vagina



Dolor de espalda



Aumento de fluidos o líquidos



Dolor o calambres

## ¿CÓMO SE COLOCA?



Se introduce el dispositivo que va a ayudar a colocarlo en el útero, en un plazo de 5 días a partir de la menstruación



Se cortan los hilos



Se coloca la T hormonal al fondo del útero

- Al mes de colocado, debe ir a que revisen la posición.
- Use condón el primer mes para evitar embarazo



Se retira el tubo

## VENTAJAS

- No hay riesgo de olvido.
- Puede usarse por 10 años.
- Es reversible, es decir, al dejar de usarse la mujer continúa siendo fértil.
- Disminuye el riesgo de perder componentes del hueso.
- Disminuye la posibilidad de aumentar de peso.
- Disponible en la CCSS.

## DESVENTAJAS

- En el primer mes hay mayor riesgo de expulsar el dispositivo.
- Riesgo de romper el útero durante la colocación.
- **Puede aumentar el sangrado.**
- **NO** protegen contra infecciones de transmisión sexual





## CAPUCHÓN CERVICAL

Eficacia: 80-90%

### ¿QUÉ ES?

Es un dispositivo en forma de taza y hecho con silicona. Este se ajusta al cuello del útero, por lo tanto, hay varios tamaños y va a depender de las características de cada mujer; es decir, es importante personalizarlos.

### ¿CUÁNTO DURA?

Este dispositivo se puede lavar y volver a usar. Dura 1 año aproximadamente.

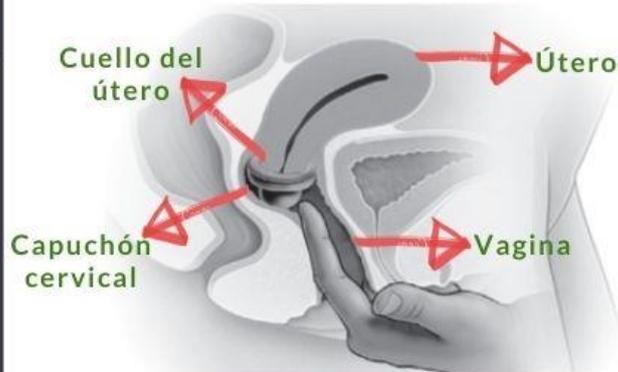
### ¿QUÉ HACE EN EL CUERPO?

- Al colocarse con firmeza en el cuello del útero, ayuda a impedir que los espermatozoides entren en el útero y puedan llegar a fecundar el óvulo.
- Además, se agrega un espermicida, es decir, provoca la muerte de espermatozoides.

### REFERENCIAS

- DeCherney, A., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. (2014). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico* (11 Ed.). McGRAW-HILL. <https://bit.ly/2H906Fk>
- Hoffman, B., Schorge, J., Halvorson, L., Hamid, C., Corton, M., & Schaffer, J. (2020). *Williams Ginecología* (4 Ed.). McGRAW-HILL. <https://bit.ly/3o8YqfC>
- Martínez, R., & García, E. (2011). *Enfermería de la Mujer*. Editorial Universitaria Ramon Areces. <https://bit.ly/34hNsg1>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Planificación familiar. Un manual para proveedores*. <https://bit.ly/3o6Fkqđ>

## ¿CÓMO SE USA?



1. Puede colocarse antes de la relación sexual coital, inclusive 42 horas antes.
2. Antes de colocarlo, lávese las manos con agua y jabón neutro.
3. Revise el capuchón cervical y asegúrese que no esté roto.
4. Revise la fecha de vencimiento del espermicida.
5. Llène una tercera parte del capuchón con el espermicida.
6. Busque una posición cómoda para introducirlo.
7. Presione el capuchón en el borde antes de empezar a introducirlo en la vagina. Esto permitirá que se ajuste al cuello del útero
8. Luego de la relación sexual coital, asegúrese que el capuchón se encuentra en su lugar.

### ¿Cómo quitarlo?

1. **RECUERDE** que no debe retirarlo hasta 8 horas después de la relación sexual coital.
2. Para quitarlo, mueva el dispositivo hacia los lados para que la succión o el sello se desajuste y luego retírelo.

Se recomienda no usar el capuchón más de un día porque puede aparecer un líquido o secreción con olor desagradable

Lo puede lavar con agua y jabón neutro

### VENTAJAS

- No tiene restricción para la edad.
- No tiene tantos efectos adversos o secundarios por su uso. Lo que puede suceder es que algunos pueden causar alergia por un componente llamado látex.

### DESVENTAJAS

- No disponible en la CCSS.
- Se dificulta adaptar de forma individual el capuchón cervical.
- Dificultad para colocarlo.

**NO** protegen contra infecciones de transmisión sexual



## DIAFRAGMA

Eficacia: 82%

### ¿QUÉ ES?

Es un dispositivo circular elaborado con látex, plástico o silicona. Se coloca al fondo de la vagina y cubriendo el cuello del útero. Existen de diferentes tamaños, ayudando a que se ajuste a cada mujer.

### ¿CUÁNTO DURA?

Cada año se debe de evaluar si sigue siendo funcional. Recuerde que cambios en el peso o partos pueden provocar que la mujer necesite otro tamaño.

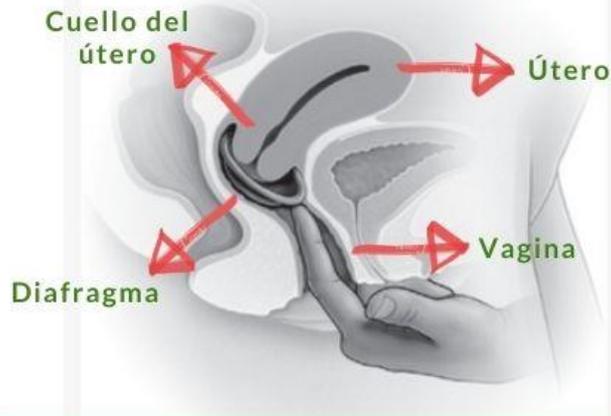
### ¿QUÉ HACE EN EL CUERPO?

- Ayuda a impedir que los espermatozoides entren en el útero y puedan llegar a fecundar el óvulo.
- Además, se agrega un espermicida, es decir, provoca la muerte de espermatozoides.

### REFERENCIAS

- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Spong, C. (2019). *Williams Obstetricia* (25 Ed.). McGRAW-HILL. <https://bit.ly/3e3roZw>
- DeCherney, A., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. (2014). *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstrétricos* (11 Ed.). McGRAW-HILL. <https://bit.ly/3jvHwUU>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Planificación familiar. Un manual para proveedores*. <https://bit.ly/3o6Fkq4>
- Vargas, A., & Palacios, V. (2014). *Ciencias Salud 2*. Grupo Editorial Patria. <https://bit.ly/3IYn8NZ>

## POSIBLES EFECTOS ADVERSOS FRECUENTES



### ¿CÓMO SE USA?

1. Puede colocarse antes de la relación sexual coital, inclusive 6 horas antes.
2. Antes de colocarlo, lávese las manos con agua y jabón neutro.
3. Revise el diafragma y asegúrese que no esté roto.
4. Revise la fecha de vencimiento del espermicida.
5. Colocar el espermicida por el lado que va a estar en contacto con el cuello del útero, así como en el borde.
6. Busque una posición cómoda para introducirlo.
7. Presione el diafragma en el borde y empiece a introducirlo en la vagina hasta el fondo.
8. Después de colocarlo, agregue más espermicida en el fondo de la vagina. Si han pasado más de 6 horas de haberlo puesto, vuelva a agregar el espermicida de esta forma.
9. Luego de la relación sexual coital, asegúrese que el diafragma se encuentra en su lugar.

### ¿Cómo quitarlo?

1. RECUERDE que no debe retirarlo hasta 6 horas después de la relación sexual coital.
2. Lávese las manos con agua y jabón neutro.
3. Para quitarlo, deslice suavemente un dedo por el borde y jale el diafragma hacia afuera.
4. Puede lavarlo con agua y jabón neutro.

### VENTAJAS

- Al usar el espermicida, ayuda a lubricar.
- Es un método que tiene pocos efectos secundarios.
- Es reversible, es decir, al dejar de usarse la mujer continúa siendo fértil.

### DESVENTAJAS

- No disponible en la CCSS.
  - Podría moverse y perder la función.
  - Necesita ser indicado por un especialista.
  - Puede causar infección urinaria.
- NO** protegen contra infecciones de transmisión sexual



## CONDÓN FEMENINO

Eficacia: 95%

### ¿QUÉ ES?

Es un dispositivo que se introduce en la vagina. Está hecho con un material transparente, delgado y suave llamado nitrilo, caracterizándose por ser muy resistente. Además, tiene un anillo cerrado que se introduce en la vagina y un anillo abierto que queda fuera de la vagina.

### ¿CUÁNTO DURA?

Solo puede usarse UNA vez

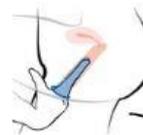
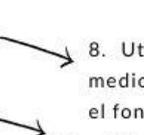
### ¿QUÉ HACE EN EL CUERPO?

- Forma una barrera, ayudando a que el semen quede en el condón.
- Esta barrera ayuda a proteger de infecciones de transmisión sexual.

### REFERENCIAS

- Caja Costarricense del Seguro Social, & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2012). *Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José*. <https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio-aceptabilidad-condon-femenino-migrantes.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2019). *Condón Femenino en Costa Rica*. [https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/DPEEA/S/capsulas\\_informativas/DEPEEAS\\_capsula\\_5\\_2019.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/DPEEA/S/capsulas_informativas/DEPEEAS_capsula_5_2019.pdf)
- Cunningham, F., Leveno K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Spong, C. (2019). *Williams Obstetricia* (25 Ed.). McGRAW-HILL. <https://bit.ly/3mIBgkq>

## ¿CÓMO SE COLOCA?

1. Lávese las manos antes de abrir el paquete. 
2. Revise la fecha de vencimiento. 
3. Antes de abrirlo, intente mover el paquete para que se lubrique bien el condón. 
4. Busque donde se indica que se puede romper el paquete y saque el condón. 
5. Identifique el anillo que NO tiene abertura. Sujete los extremos y forme un ocho. 
6. Elija una posición cómoda para colocarlo. Puede ser sentada, acostada, de cuclillas, entre otras. 
7. Separe los labios mayores. Empiece a introducir manteniendo el "ocho". 
8. Utilice el dedo índice o dedo medio para empujar el anillo hacia el fondo de la vagina. 
9. En la relación sexual coital, asegúrese que el pene se encuentra dentro del condón. 
10. Para quitarlo, agarre el anillo que está afuera, gírelo para que no salga el semen y jale suavemente. 

### VENTAJAS

- Puede usarse con lubricantes a base de agua o aceite.
- No tiene látex.
- Disponible en la CCSS.



**Si** protegen contra infecciones de transmisión sexual

### DESVENTAJAS

- Tiene un precio mayor que el condón masculino.
- Puede causar incomodidad si está mal colocado.
- Las primeras veces, puede ser incómodo colocarlo.
- Es más limitado conseguirlo.



## CONDÓN MASCULINO

Eficacia: 98%

### ¿QUÉ ES?

Es un dispositivo que funciona como una cubierta en el pene. Por lo general, están hechos con látex. Si la persona es alérgica al látex, puede usar los que están hechos con poliuretano.

### ¿CUÁNTO DURA?

Solo puede usarse UNA vez

### ¿QUÉ HACE EN EL CUERPO?

- Forma una barrera, ayudando a que el semen quede en el condón.
- Esta barrera ayuda a proteger de infecciones de transmisión sexual.

### REFERENCIAS

- DeCherney, A., Nathan, L., & Laufer, N., Roman, A. (2014). *Diagnóstico y Tratamiento* (11 Ed.). McGRAW-HILL. <https://bit.ly/3ox2MNN>
- Jinich, H., Lifshitz, A., & García, J. (2017). Síntomas y signos cradinales de las enfermedades. Editorial el Manual Moderno. <https://bit.ly/3137PeP>
- Ministerio de Salud de Costa Rica., & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (s.f). ¿Cómo usar el condón masculino? <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-informacion/material-comunicacion/sexualidad/4520-el-condon-masculino/file>
- Vargas, A., & Palacios, V. (2014). Ciencias Salud 2. Grupo Editorial Patria. <https://bit.ly/3IYn8NZ>

## ¿CÓMO SE COLOCA?



1. Lávese las manos antes de abrir el paquete.



2. Revise la fecha de vencimiento.



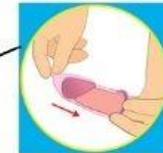
3. Revise el empaque y asegúrese que esté bien cerrado.



4. Busque donde se indica que se puede romper el paquete y saque el condón. No use las uñas, dientes, tijeras u otro objeto punzante.



5. Fíjese hacia que lado se desenrolla el condón e intente NO estirarlo todo.



6. Presione la punta del condón para sacarle el aire. Si no lo hace, se puede romper. Luego, coloque el condón en el pene erecto y empiece a desenrollar hasta cubrir TODO el pene.



7. Quite el condón después de eyacular y antes que el pene se ponga flácido.



8. Haga un nudo para evitar que se riegue el semen y luego puede botarlo a la basura.

### VENTAJAS

- Es muy efectivo.
- Fácil de conseguir.
- No tiene efectos secundarios.
- Disponible en la CCSS.



**Si** protegen contra infecciones de transmisión sexual

### DESVENTAJAS

- Si se utiliza de forma incorrecta, puede provocar que se rompa.
- La persona puede ser alérgica al látex.

## COMPARACIÓN ENTRE...

### CONDÓN FEMENINO



1. Está hecho de nitrilo, no tiene látex.
2. Tienen mucho lubricante.
3. Puede colocarse lubricante a base de agua o aceite.
4. Puede colocarse hasta 8 horas antes de tener relaciones sexuales coitales o justo antes.
5. Son más resistentes a la luz, temperatura o humedad.
6. Son más caros.
7. Ayuda a cubrir la vagina, vulva o genitales externos de la mujer y también el pene del hombre.

### CONDÓN MASCULINO



1. Puede estar hecho de látex o poliuretano
2. Pueden tener lubricante o no tener.
3. Solo se puede usar con libricantes a base de agua.
4. Debe colocarse con el pene erecto.
5. Si no se guardan adecuadamente, puede tener cambios por la temperatura, luz o humedad.
6. Tienen un precio accesible.
7. Cubre el pene y la vagina.

## REFERENCIAS

- Caja Costarricense del Seguro Social., & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2012). Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José. <https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio-aceptabilidad-condon-femenino-migrantes.pdf>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2019). Condón Femenino en Costa Rica. [https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/DPEEAS/capsulas\\_informativas/DEPEEAS\\_capsula\\_5\\_2019.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/DPEEAS/capsulas_informativas/DEPEEAS_capsula_5_2019.pdf)
- Cunningham, F., Leveno K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Spong, C. (2019). Williams Obstetricia (25 Ed.). McGRAW-HILL. <https://bit.ly/3mIBgkq>

## **Anexo 10. Caso empleado en la tercera sesión sincrónica**

### **10.1 Hilo conductor**

1. Su hijo (a) llega a su casa un día, comienzan a hablar de la escuela o colegio y les comentan que tienen una pareja con la que ha estado saliendo desde hace un tiempo, que ya se dieron su primer beso y que se siente muy feliz y enamorado porque es el amor de su vida. Él/ella no quiere que ustedes lo/la conozca aún, porque ustedes son muy estrictos y no quieren que lo/la avergüencen. Además les dice que quieren ir a salir a comer ellos dos, pero que ustedes los vayan a dejar y a recoger nada más, que no se queden a verlos.
2. Días después, comienzan una discusión porque ustedes le negaron un permiso y amenazan con irse de la casa a vivir con la abuela porque ella lo/la trata mejor y cuando ustedes continúan discutiendo, él/ella da un giro, sale caminando mientras los ignora y tira la puerta con enojo.
3. Después, un día ustedes lo/la acompañan a la escuela o el colegio para una presentación y cuando usted les va a tomar una foto estos se enojan y pide que los deje solos con los amigos mientras se preparan y comienzan a contarse secretos entre ellos y cuando usted pregunta, se molesta aún más y le pide nuevamente que se retire.

### **10.2 Preguntas para guiar el conversatorio**

1. ¿Cómo reaccionaría usted? ¿Cómo se sentiría?
2. ¿Cómo abordaría la situación?
3. ¿Pediría ayuda a alguien para hablar de los temas con sus hijos e hijas?
4. ¿Creen necesario establecer límites? ¿Cuáles?
5. ¿Es importante que los límites sean iguales en todos los lugares donde sus hijos (as) están?
6. ¿Tienen derecho sus hijos (as) a disfrutar su sexualidad de esta forma?
7. ¿Se han sentido frustradas con las actitudes de sus hijos (as)?

## **Anexo 11. Enunciados para la actividad “Es un mito o es una realidad”**

1. ¿Hay ciertos días en los que es imposible que una mujer quede embarazada?
2. ¿El preservativo no es tan efectivo como dicen?
3. ¿Siempre debo estar dispuesta a tener relaciones sexuales con mi pareja?
4. ¿Si la mujer no tiene un orgasmo, no tiene riesgo de quedar embarazada?
5. ¿No puedo quedar embarazada si mi pareja retira el pene rápido?
6. ¿Es mucho más seguro si utilizo dos condones a la vez?
7. Si es la primera vez que tengo sexo coital, ¿no puedo quedar embarazada?
8. Si tengo la menstruación, ¿no puedo quedar embarazada?
9. Si tengo relaciones sexuales coitales de pie, no puedo quedar embarazada porque el semen baja por la gravedad.

## Anexo 12. Certificado de Participación en el Programa Educativo

 <p><b>UCR</b> UNIVERSIDAD DE COSTA RICA</p>		<p><b>EE</b> Escuela de Enfermería</p>
<p><b>LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA Y SU EQUIPO ASESOR</b></p>		
<p>Agradecen la participación de:</p>		
<p>-----</p> <p>-----</p>		
<p>en el "Programa Educativo de Enfermería sobre Sexualidad para familias con niños, niñas y adolescentes sordos" en el año 2020.</p>		
<p>_____ <b>ENOC HIDALGO GUEVARA</b> Estudiante de Enfermería</p>	<p>_____ <b>ITZEL ARGUEDAS BARRANTES</b> Estudiante de Enfermería</p>	