



GUÍA DE APOYO  
PROYECTO DE CAPACITACIÓN PROGRAMA 24 HORAS  
**“Perspectiva de género en la intervención  
con niñez y adolescencia”**





**GUÍA DE APOYO**  
**PROYECTO DE CAPACITACIÓN PROGRAMA 24**  
**HORAS**  
**“Perspectiva de género en la intervención con niñez y**  
**adolescencia”**

## **Guía de apoyo**

Proyecto de Capacitación Programa 24 Horas

“Perspectiva de género en la intervención con niñez y adolescencia”

Departamento de Protección de Derechos

Servicio Nacional de Menores

Santiago, octubre 2018

### **Autoras**

Alexandra Obach

Carla Urrutia

Contacto: aobach@udd.cl

### **Equipo docente**

Alexandra Obach

Michelle Sadler

Cristina Carvallo

Francisca Salas

Carla Urrutia

Eliana Correa

### **Coordinación académica:**

Claudia Pérez

Giselle Riquelme

### **Edición**

Ma. Alejandra Correa, Programa 24 Horas, SENAME

Báltica Cabieses, Programa Estudios Sociales en Salud, ICIM

Programa de Estudios Sociales en Salud

Instituto de Ciencias e Innovación en Salud

Facultad de Medicina Clínica Alemana

Universidad del Desarrollo

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Unidad 1. Género: conceptos esenciales</b>	<b>7</b>
1. ¿Cuál ha sido el desarrollo histórico del enfoque de género: Antecedentes: feminismo	7
1.1. Acceso de las mujeres a la educación	8
1.2. Movimientos de ruptura social y su impacto sobre las mujeres	9
1.3. Las corrientes feministas del siglo XX	10
1.4. Clasificaciones tradicionales del feminismo	10
1.5. El movimiento feminista en América Latina	11
1.6. Feminismo y actualidad: mayo 2018	12
2. El concepto de Género	13
2.1. Antecedentes: Estudios de la Mujer	13
2.2. Concepto de Género	13
2.3. Características del Concepto de Género	14
2.4. Sistema sexo/género	14
2.5. Ideologías de género	15
2.6. Mandatos de Género	15
Actividad 1	16
3. Masculinidades	17
Actividad 2	18
<b>Unidad 2. Violencia de Género</b>	<b>19</b>
1. Violencia en las sociedades	19
Actividad 3	20
2. Violencia de género	21
2.1. Tipos de violencia de género	21
3. Violencia en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes	23
4. Legislación y acciones públicas en Chile en materia de violencia de género	24
5. Movimientos sociales por la eliminación de la violencia hacia las mujeres	25
6. Las consecuencias de la violencia de género en NNA	25
Actividad 4	27
<b>Unidad 3. Salud y género, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva</b>	<b>29</b>
1. El sistema biomédico desde una perspectiva de género	29
2. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud	31
Actividad 5	33
3. Niños, niñas y adolescentes (NNA) como actores centrales en la agenda	36
4. Abordajes de la adolescencia en salud	36
4.1. Breve recorrido por el desarrollo de la educación sexual en Chile	37
4.2. Desarrollo en la atención de salud de adolescentes y jóvenes	38

5. Salud sexual y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes	39
6. Salud de adolescentes desde una perspectiva de género y diversidad	40
7. Salud Sexual y Reproductiva en hombres adolescentes	41
8. El embarazo en la adolescencia	42
9. ITS-VIH/Sida	43
Actividad 6	44
<b>Unidad 4. Legislación y familia en Chile desde un enfoque de género</b>	<b>48</b>
1. Parentesco y familia: una visión antropológica	48
2. Constitución de la familia como explicación de la subordinación de las mujeres	49
3. Representación de las familias en el Chile actual	50
3.1. ¿Qué tipo de familias es posible identificar en nuestra sociedad?	51
3.2. ¿Qué nuevos modelos de familia podemos encontrar en Chile hoy?	52
4. Derecho de Familia en Chile	53
5. Definición de algunos enfoques utilizados en la intervención con familias	54
Actividad 7	55
<b>Unidad 5. Construcción social de la niñez y adolescencia</b>	<b>57</b>
1. Miradas para abordar la niñez y la adolescencia	57
2. Enfoques para abordar a la población adolescente	58
3. Nuevas miradas sobre la adolescencia	59
4. La construcción cultural de la niñez y la adolescencia	60
5. Estigma y discriminación en adolescentes	61
6. NNA inmigrantes: una realidad invisible	61
7. NNA de Pueblos Originarios	62
Actividad 8	64
<b>Unidad 6. Diversidad sexual en adolescentes</b>	<b>66</b>
1. Algunas definiciones	66
2. Población LGBTI	68
3. Orientaciones, expresiones e identidades de género en la sociedad chilena actual	69
4. Población LGBTI y consecuencias en salud mental	71
5. NNA LGBTI en el sistema escolar	72
6. Presentación de casos	73
Actividad 9	76
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>78</b>

## INTRODUCCIÓN

El Programa 24 Horas es una iniciativa intersectorial que cuenta con la participación del Servicio Nacional de Menores (SENAME), la Subsecretaría de Prevención del Delito, del Ministerio del Interior, la Zona de Prevención y Protección a la Familia (ex DIPROFAM) de Carabineros de Chile, entre otras instituciones. Tiene como objetivo general contribuir a la superación de las situaciones de vulneración y/o a la interrupción de conductas transgresoras en niños, niñas y adolescentes derivados del Programa de Seguridad Integrada 24 Horas (en adelante \*PSI 24 Horas"). En la actualidad se implementa en treinta y seis comunas del país, estando estas distribuidas de la siguiente manera; Región Metropolitana: La Pintana, La Granja, La Florida, Lo Espejo, Recoleta, Peñalolén, Puente Alto, Pudahuel, El Bosque, San Bernardo, Maipú, Quilicura, San Ramón, San Joaquín, Lampa, Macul, Conchalí, Lo Prado, Renca, Estación Central, Cerro Navia y Pedro Aguirre Cerda; Región de Tarapacá: Iquique y Alto Hospicio; Región de Antofagasta: Antofagasta y Calama; Región de Atacama: Copiapó; Región de Coquimbo: Coquimbo; Región de Valparaíso: Valparaíso y Viña del Mar; Región del Libertador Bernardo O'Higgins: Rancagua; Región del Maule: Talca, Región del Biobío: Los Ángeles; Región de la Araucanía: Temuco; Región de Los Lagos: Puerto Montt; Región de Arica y Parinacota: Arica.

El modelo de gestión territorial de SENAME comprende 5 modalidades de atención, diferenciados por niveles de complejidad respecto de la situación de vulneración de los niños, niñas y adolescentes, a saber: Oficina de Protección de Derechos- OPD, Programa de Prevención Focalizada- PPF, Programa de Intervención Especializada- PIE-24Horas, Programa Especializado de Reinserción Educativa- PDE y Programa para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas- PDC.

Los distintos componentes del Programa 24 Horas buscan fortalecer la oferta de atención comunal que brinda atención a niños, niñas y adolescentes en situaciones tales como: maltrato leve, negligencia, testigo de violencia intrafamiliar no constitutiva de delito, transgresiones iniciales, entre otras; así como a la implementación de proyectos de atención barrial orientados a la prevención de las violencias y el delito, para población infanto-adolescente que presenta situaciones de vulneración que se constituyen en factores de riesgo para el desarrollo de conductas transgresoras o delictivas persistentes.

### **Enfoque de género en el quehacer del Programa 24 Horas**

Comprendiendo que el enfoque de género se encuentra dentro del paradigma de derechos humanos y por ende es parte también del enfoque de derechos, esta capacitación pretende subsanar las dificultades que actualmente experimentan los equipos para intervenir aplicando esta perspectiva. La apuesta es que los interventores problematicen las estructuras bajo las

cuales se reproducen las dinámicas de violencia y logren una intervención de calidad centrada en las necesidades de cada niño/a y su familia, considerando de manera transversal el género como articulador de las dinámicas de poder que se encuentran radicadas en las familias participantes y en la sociedad en general.

La apuesta es lograr la re-significación de las problemáticas que originan el ingreso al Programa, desde una perspectiva equitativa que visibilice las relaciones de poder y la estructuración de dinámicas familiares que reproducen el modelo patriarcal dominante, todo ello con la finalidad de lograr pautas sociales y familiares libres de violencia, y mayor equidad para hombres y mujeres, en lo que concierne al uso y respeto de sus derechos fundamentales.

De esta forma, la presente capacitación busca entregar a los participantes conocimientos fundamentales para el trabajo con perspectiva de género, poniendo énfasis en los principales aportes de los estudios de género, así como también en los movimientos actuales que se encuentran en desarrollo.

## UNIDAD 1. GÉNERO: CONCEPTOS ESENCIALES

La categoría de género alude a la construcción social que cada cultura realiza sobre la diferencia sexual biológica entre hombres y mujeres. Bajo esta premisa, el género es entendido como un producto social y no de la naturaleza, que se define tanto por las normas que cada sociedad impone sobre lo femenino y masculino, como a través de la identidad subjetiva de cada sujeto, y de las relaciones de poder particulares que se dan entre hombres y mujeres en una cultura determinada. De esta manera, el género alude a una construcción cultural, en oposición al sexo, que alude a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Así, el sexo se hereda y el género se adquiere a través del aprendizaje y socialización. Al contrario de nuestro sexo, que es una característica generalmente inmutable, las definiciones de género cambian de generación en generación, y de cultura en cultura, y también dentro de diferentes grupos socioeconómicos y étnicos.

La aplicación de la perspectiva de género permite visibilizar, por un lado, el modo en que la construcción cultural de lo femenino y lo masculino en nuestra sociedad repercute en los fenómenos sociales, las inequidades de género presentes en ellos y cómo, por otro, las políticas públicas son parte de dicha construcción y pueden incidir en la búsqueda de soluciones. De este modo, un análisis cabal que ahonde en las inequidades de género implica considerar las especificidades particulares de hombres y mujeres en contextos socioculturales determinados, y las dinámicas relacionales entre ellos.

### 1. ¿Cuál ha sido el desarrollo histórico del enfoque de género? Antecedentes: feminismo

La historia del movimiento feminista ha sido desde sus orígenes, el esfuerzo de las mujeres por equiparar sus derechos a los de los hombres.

El feminismo ha sido el camino que busca reivindicaciones de las mujeres, primero con un afán por conseguir la igualdad con respecto al hombre, y segundo, a partir del siglo XX, para afianzarla y luchar por nuevas libertades y derechos que se consideran necesarios para una completa liberación de las mujeres.

El movimiento de emancipación de la mujer surgió en toda su expresión en el siglo XIX con las primeras asociaciones reivindicativas de mujeres en Europa. Sin embargo, los intentos de la mujer por igualarse socialmente al hombre han existido en todas las épocas en mayor o menor medida. Varias autoras sostienen que hasta el siglo XIX las únicas asociaciones o sociedades de mujeres con carácter permanente en la sociedad occidental fueron las **congregaciones religiosas**, ya que éstas representaban una vía alternativa para las mujeres en cuanto les brindaba una opción para escapar a un destino que les imponía la sociedad (ser sólo en tanto madres y



esposas) y, a la vez, era el único espacio donde podían tener acceso a la **información** y el **conocimiento** (Diez 1997).

El **derecho al voto y a la educación** han sido las reivindicaciones históricas prioritarias del movimiento feminista desde sus orígenes. Las primeras feministas pensaban que una misma educación conduciría a la igualdad entre sexos. Ya en el siglo XVIII, Mary Wollstonecraft en su obra *Vindicación* (1792) pedía que el Estado garantizara un sistema nacional de enseñanza primaria gratuita universal para ambos sexos retando incluso al gobierno revolucionario francés a instaurar una educación igualitaria que permitiera a las mujeres *llevar vidas más útiles y gratificantes*. Esta obra marca un hito en el feminismo, ya que desde ese momento los diferentes movimientos por la liberación de la mujer empiezan a cobrar fuerza (Diez 1997).

**Las primeras reivindicaciones de las mujeres se asociaron principalmente con el acceso a la educación.**

### 1.1. Acceso de las mujeres a la educación

La demanda sistemática de algunos grupos de mujeres por educarse fuera de sus casas comienza a tener gran impacto a mediados del siglo XIX. Las mujeres empezaron a exigir acceso a los establecimientos educativos, a aprender lo mismo que los hombres y en iguales condiciones que ellos. Hasta esa fecha las mujeres no podían acceder a las instituciones de educación formal y sólo aprendían en sus hogares lo que otras mujeres (madres, abuelas) les transmitían. Los hombres en cambio tenían acceso a los espacios de educación formal, lo que les abría las puertas hacia los dominios políticos de la sociedad.

Estas diferencias entre dónde, qué y cómo aprendían hombres y mujeres se debe, en parte, a la organización de la sociedad en **espacios públicos y privados**.

#### **Distinción público/privado, y la educación:**

**Lo público** se define como todo lo que ocurre y se desarrolla fuera del hogar y que tiene importancia para la administración y dirección del estado-nación. La política, en manos masculinas, se definía como la actividad por excelencia de lo público.

**Lo privado**, por su parte, ha sido el espacio atribuido históricamente a las mujeres. Corresponde a las actividades desarrolladas en el hogar, relativas a la administración de éste y con injerencia familiar (cuidado de los hijos/as). Es el espacio de competencia y responsabilidad de las mujeres (Ortner 1979).

En lo relativo a la educación hasta el siglo XIX, la distinción público/privado y los estereotipos de género socializados en dicha época implicaban que las mujeres sólo podían aprender en sus casas, o bien en algunas instancias fuera de éstas, pero sólo lo relativo a la administración del hogar y de la familia, mientras los hombres aprendían filosofía, matemática, retórica, derecho y, además, adquirirían conocimientos que los vinculaban con la administración del país (Diez 1997).

### **Patriarcado: definiciones**

- Designa un tipo de organización social en el que la autoridad la ejerce el varón jefe de familia, dueño del patrimonio, del que formaban parte los hijos, la esposa, los esclavos y los bienes. La familia es una de las instituciones básicas de este orden social. El término se usa hoy para describir una situación en la que los hombres ejercen un control primario de las instituciones culturales, político-económicas y sociales más prestigiosas de la sociedad (Barfield 2000).
- Forma de organización social específica basada en la dominación de unos varones con ejercicio de poder sobre mujeres, niñas, niños y adolescentes. También sobre otros varones menos jerarquizados de la misma comunidad (UNICEF 2017).

Los debates sobre el patriarcado han tenido lugar en distintas épocas históricas, y fueron retomados en el siglo XX por el movimiento feminista de los años sesenta en la búsqueda de una explicación que diera cuenta de la **situación de opresión y dominación de las mujeres**, y posibilitaran su liberación (Fontenla 2008).

### **1.2. Movimientos de ruptura social y su impacto sobre las mujeres**

La revolución francesa puso fin a la monarquía absoluta y a las desigualdades sociales y económicas que durante siglos afectaron al pueblo francés. En un corto período se establecieron y difundieron en Francia derechos inherentes a hombres y mujeres en la “Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano”. Pero las mujeres no gozaron de los mismos beneficios que los hombres ya que **no fueron consideradas como ciudadanas** (Diez 1997).

Para alcanzar tanto el derecho a la educación como el derecho a voto, hombres y mujeres participaron a partir de mediados del siglo XIX en el **movimiento sufragista**. Alrededor del mundo estos derechos se fueron obteniendo de manera diferente y en distintos momentos históricos. Sin embargo, resultó ser que las mujeres consiguieron primero el derecho a educarse y, posteriormente, los derechos políticos (Diez 1997).

Todo lo visto hasta ahora nos entrega un marco de antecedentes respecto al auge del movimiento feminista. Otros factores de apogeo del feminismo del siglo XIX fueron la

industrialización y necesidad del colectivo femenino por integrarse en la sociedad de trabajadores. También la masiva inmigración hacia Norte América tuvo un peso importante en el nacimiento del feminismo. La fuerza que fue cobrando la clase media hizo insostenible la figura pasiva de la mujer aristocrática.

El feminismo como tal, es decir, como un movimiento que apuesta por la igualdad de derechos entre los sexos, nace con el sufragismo inscribiendo la necesidad de reivindicar en la esfera sociopolítica la igualdad a través del derecho a voto por parte de las mujeres.

### **1.3. Las corrientes feministas del siglo XX**

El feminismo se desarrolló primero en Estados Unidos y sus mujeres fueron pioneras para el resto del planeta. La reforma antiesclavista impulsó al movimiento femenino ya que, a pesar de su activismo, ellas eran la única “clase” carente de derechos propios. A partir de principios del siglo XX el movimiento feminista consiguió asentar sus bases y crecer. El voto femenino fue definitivamente logrado en EEUU en 1920 (Diez 1997).

El derecho a votar afirmó la identidad de las mujeres en la sociedad y su reconocimiento por parte de ésta. Pero aún quedaba mucho por hacer para que los sexos fueran realmente igualitarios. Aparecieron posiciones radicalizadas en directa confrontación con el hombre; otras que resaltaban la importancia de la mujer en tanto madre; otras que se centraban en las opciones sexuales. Esta pluralidad de posturas es la que hace complicado reducir el feminismo a un solo concepto, pero podemos considerar que todas ellas son brazos de este tronco común que es el pensamiento y la lucha de la mujer por hacerse sitio en un sistema dominado desde siempre por el hombre (Diez 1997).

### **1.4. Clasificaciones tradicionales del feminismo:**

- **Feminismo de la Igualdad**

Postula que deben realizarse ciertos cambios al interior de la sociedad que den cabida a las mujeres de modo tal que ellas estén en equidad con los hombres. Dentro de la perspectiva del Feminismo de la Igualdad se encuentran posturas como el Feminismo Humanista, el Feminismo Liberal, el Feminismo Socialista y el Feminismo Estatal. El Feminismo Humanista persigue romper con las nociones esencialistas que perpetuaban la desigualdad y subordinación de las mujeres. Este planteamiento dio lugar al Feminismo Socialista y al Liberal, el primero lucha por la transformación de lo privado y de lo público y el segundo sólo hace énfasis en lo público. Posteriormente, ellos darán lugar a la emergencia del Feminismo Estatal, que busca la igualdad de las mujeres en el plano del acceso al poder.

- **Feminismo de la Diferencia**

Visión más radical del feminismo, de más reciente data, que plantea la necesidad de realizar transformaciones culturales y sociales radicales, que conlleva la aceptación de ciertas diferencias esenciales entre hombres y mujeres y a la búsqueda de la instauración de un nuevo orden femenino, distinto al orden patriarcal existente; este último asociado a la agresividad, a la violencia, a la desigualdad social en todos los ámbitos y a la destrucción del medio ambiente.

#### **SIMONE DE BEAUVOIR**

Filósofa francesa, exponente del feminismo moderno y una de sus principales teóricas. En su obra *El Segundo Sexo* (1949) Beauvoir aborda el tema de la mujer desde el existencialismo. Crea el concepto de la "Otra", definiéndola frente al varón según los condicionamientos sociales. El concepto de la "otra" se refiere a uno de los términos que, dentro de una contraposición básica de dos, es el correlativo del primero: el que no es el primero y de cuya existencia depende. Así, si no existiera el primero, jamás se daría el otro. De acuerdo a Beauvoir, la "otra" corresponde en este caso a la mujer. La autora asimila esta relación a la relación hombre-mujer de la sociedad patriarcal: es definida exclusivamente por referencia al hombre. El es el esencial. Ella es su espejo, es quien le permite reconocerse, quien le da identidad, a través de quien se busca y encuentra. Bajo esta consigna la mujer no es un igual, es la mediadora para la realización del hombre. La autora es partidaria de un feminismo radical, pero no de una lucha contra los hombres, sino contra el machismo (Diez 1997).

#### **1.5.El Movimiento Feminista en América Latina**

En la primera mitad del siglo XX se hicieron sentir en nuestro continente las manifestaciones del feminismo, siendo su primera expresión el sufragismo. En nuestro país el derecho a voto de las mujeres y a ser elegidas en cargos públicos fue obtenido en 1949. En las elecciones municipales este derecho fue obtenido en 1934. A comienzos de los años '70, los movimientos feministas se instalaron definitivamente en la región. En el caso de Brasil, Chile, Uruguay y Argentina, su desarrollo se dio en el marco de dictaduras militares, y en países como México, Perú y Santo Domingo, su aparición está relacionada con procesos de apertura democrática.

Los movimientos feministas en la región fueron principalmente de mujeres de sectores medios con estudios universitarios. Las feministas crearon organizaciones interesadas en la investigación-acción acerca de la mujer, en ámbitos como el trabajo y la vida de mujeres en sectores populares urbanos y rurales, salud reproductiva, salud mental, experiencias educativas, entre otros.

## 1.6. Feminismo y actualidad : Mayo feminista de 2018, algunos elementos claves:

- Este estallido si bien da la sensación de ser una aparición nueva y coyuntural, corresponde a la re-articulación de un movimiento que siempre ha estado presente en el país. El feminismo existe en tanto exista una subordinación político, económico, social y cultural de las mujeres solo por el hecho de serlo (Follegati 2018).

- De acuerdo a Eltit (2018), uno de los detonantes importantes del movimiento fue el cataclismo institucional vinculado a casos de Soquimich y Penta, el destape de abusos sexuales eclesiásticos, entre otros. El efecto de este cataclismo es una **crisis del liderazgo masculino actual**.

- En este 2018 las universidades públicas y privadas, los colegios y liceos han sido los espacios de ebullición feminista con las tomas de estos espacios como herramienta política (Zerán 2018).

- El feminismo como movimiento político reúne una multiplicidad de colectivos y formas. Esto quiere decir que el feminismo no es un movimiento homogéneo. En este mayo feminista se han dinamizado también distintos colectivos de mujeres lesbianas, de mujeres indígenas, colectivos trans y de diversidad sexual (Grau 2018).

- Grau (2018: 94) puntualiza que en esta ocasión el movimiento dijo no:

- **“ni una menos”**

- **no a la penalización del aborto**

- **no a la violencia y discriminación por diversidad sexuales**

- **no a una educación basada en el lucro**

- **no a una educación sexista.**

- Según la misma autora, la organización de las estudiantes feministas se ha articulado en dos ejes principales:

1. en contra de la violencia sexual hacia las mujeres en todas sus manifestaciones

2. por una educación no sexista, entendiendo que la educación formal forma parte del moldeamiento social del género y los mandatos y que en los espacios educativos se han desplegado consistentemente una serie de abusos como el abuso sexual y abuso de poder, malos tratos e indiferencia de parte de las instituciones. Denuncian la naturalización de estas violencias y la necesidad de generar mecanismos de protección y denuncia. Pero la crítica además de atacar esta sintomatología específica también profundiza en las causas estructurales de la subordinación de las mujeres: el patriarcado y el neoliberalismo.

- Las jóvenes alteraron una cotidianeidad institucional, la de la calle, el lenguaje, la dirección de las miradas, los significantes, los símbolos monumentales (Grau 2018). Los cuerpos fueron un arma de lucha y visibilización de la apropiación del patriarcado de los cuerpos femeninos. Esta crítica no es nueva en el feminismo en tanto se busca la emancipación del control de los cuerpos que siempre son utilizados en su calidad reproductiva o para la erótica masculina heterosexual.

## 2. El Concepto de Género

### 2.1. Antecedentes: Estudios de la Mujer

Surge como denuncia del **etnocentrismo y androcentrismo** en la producción científica. Asimismo, para explicar la situación de opresión de la mujer en la historia de la humanidad, y la representación de esta opresión en las distintas disciplinas de la academia, principalmente la historia y la antropología.

**Etnocentrismo:** actitud que consiste en juzgar las formas morales, religiosas y sociales de otras comunidades según nuestras propias normas, calificando las denuncias como anomalías.

**Androcentrismo:** actitud que consiste en identificar el punto de vista de los hombres con el de la sociedad en su conjunto. Da cuenta de cómo la realidad se construye tomando como punto de referencia a los hombres, invisibilizando a las mujeres.

(Casares 2008).

Una de las principales críticas a los estudios de la mujer fue que:

- Se centraron en la figura femenina, asumiéndola como un ente aislado de lo masculino.
- Se conceptualizó a la mujer como una categoría única, si distinguir las diferencias existentes entre las mujeres, como las diferencias dadas por la clase o la etnia. Esto llevó a una esencialización de la mujer.
- Se generó una ghattización de las académicas de los estudios de la mujer, lo que las aisló a ellas y a sus avances del resto de la comunidad científica.

### 2.2. Concepto de Género

El concepto de género surge como mecanismo para superar las carencias de los Estudios de la Mujer. El género hace una **distinción clara entre sexo y género**, definiendo al género como la construcción social y cultural de las diferencias sexuales.

El sexo alude a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y el género a la construcción social que cada cultura realiza sobre la diferencia sexual. Bajo esta premisa, el género es entendido como un producto social y no de la naturaleza, que se define tanto por las normas que cada sociedad impone sobre lo femenino y masculino, como a través de la identidad subjetiva de cada sujeto, y de las **relaciones de poder** particulares que se dan entre hombres y mujeres en una cultura determinada. Así, el sexo se hereda y el género se adquiere a través del aprendizaje y la socialización (Scott 1990, Obach, Sadler y Aguayo).

Al contrario del sexo, que es un dato biológico, las definiciones de género cambian de generación en generación, y de cultura en cultura, y también dentro de diferentes grupos socioeconómicos, étnicos, religiosos, etc.

Cada cultura elabora de manera diferente lo que entiende por ser mujer y ser hombre. De acuerdo a esto, cada cultura elabora sus propias **identidades de género** a partir del hecho biológico de las diferencias entre los sexos.

La **identidad de género** se constituye a partir de un proceso donde cada individuo aprende lo que es ser hombre o mujer, a asumir los roles y las actitudes que le son propios, y a interpretarse a si mismo según dichos parámetros.

El concepto de género cuestiona el carácter determinante del sexo biológico y las características diferenciales atribuidas a hombres y mujeres. Sin embargo, el género se construye siempre en referencia al dimorfismo sexual.

### 2.3. Características del Concepto de Género

- **Variabilidad:** definiciones de mujer y hombre variarán de cultura en cultura.
- **Carácter relacional:** necesario comprender como lo femenino se vincula a lo masculino.
- **Multiplicidad:** Los diversos elementos que constituyen la identidad del sujeto. El género será experimentado y definido de modo particular de acuerdo a la pertenencia étnica, de clase, de edad, etc.
- **Posicionamiento:** Un análisis de género supondrá el estudio del contexto en el que se dan las relaciones de género de hombres y mujeres, y de la diversidad de posiciones que ellos ocuparán, sobre todo en las sociedades complejas (Montecino 1996).

### 2.4. Sistema sexo/género

Cada sociedad elabora un sistema sexo/género, esto es, el conjunto de arreglos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana.

Los sistemas sexo/género son:

- Prácticas
- Símbolos
- Representaciones
- Normas

- Valores sociales, que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual y que dan sentido al relacionamiento entre las personas (Scott 1990).

## **2.5. Ideologías de género**

A partir de la construcción de los sistemas sexo/género, las sociedades elaboran las ideologías de género, las cuales casi siempre están cargadas de estereotipos que dictan lo que es apropiado e inapropiado para cada uno/a, limitando con ello las posibilidades de los sujetos.

Los estereotipos de género, entendidos como ideas construidas y reproducidas culturalmente en base a las diferencias de género, han operado históricamente en nuestra sociedad instalando mandatos de género para ser cumplidos por hombres y mujeres. También han delineado los territorios y espacios que les corresponden a mujeres y hombres, generando inequidades basadas en el género que afectan especialmente las mujeres (Rubin 1986).

## **2.6. Mandatos de Género**

Los mandatos de género dictan, por ejemplo, que los hombres, para convertirse en tales, deben ser responsables, proveedores, conquistadores y demostrar autoridad. En ocasiones estas demostraciones se realizan a través de actos de violencia que los hombres cometen contra mujeres, contra otros hombres e incluso contra sí mismos (Fuller 2001, Olavarría 2001, Viveros 2002). En el caso de los hombres jóvenes, éstos corren riesgos y ponen en riesgo a otras/os en áreas como la sexualidad, el consumo de alcohol y la violencia (Sabo 2000).

De parte de las mujeres se espera que manejen de manera apropiada el espacio privado, siendo buenas madres, cariñosas y generosas, entre otras características que se le atribuyen a lo femenino. Quienes desobedecen estos mandatos generalmente reciben sanciones sociales.

Vivir bajo el supuesto de que hombres y mujeres nacemos con la obligación de realizar determinadas tareas y quedar excluidos/as de otras hace que las inequidades de género que existen en diversos planos se perpetúen: inequidades en salarios, en los puestos de trabajo, en la distribución de tareas, en el acceso a recursos, en el ejercicio y consecuencia de las violencias, etc. En el origen de muchas inequidades que están presentes en nuestra sociedad, así como en los comportamientos tanto de hombres como de mujeres, está inscrita la forma en que hemos sido socializados y educados en términos de género. Cambiar esas subjetividades no es tarea fácil, pero es fundamental para poder transformar aspectos negativos que están presentes en la forma como nos relacionamos los hombres con las mujeres, los hombres con los hombres, y las mujeres con las mujeres (Obach, Sadler y Aguayo 2010).



## ACTIVIDAD 1

De acuerdo con la distinción público/privado vista anteriormente, y a lo analizado hasta ahora, identifique los espacios en que se desenvuelven hombres y mujeres en la actualidad, y cómo estos han ido variando en el tiempo:

	ESPACIO PÚBLICO	ESPACIO PRIVADO
HOMBRES		
MUJERES		

### 3. Masculinidades

El concepto de masculinidad(es) se refiere a la manera en que los hombres son socializados, y a los discursos y prácticas que se asocian con las diferentes formas de ser hombre. Si bien existen múltiples maneras de ser hombre, la cultura occidental todavía promueve un modelo de género que le otorga mayor valoración a lo masculino por sobre lo femenino, y que incentiva en los hombres ciertos comportamientos como la competitividad, la demostración de virilidad, la búsqueda del riesgo y el uso de la violencia en determinadas circunstancias.

A este modelo de masculinidad se le ha denominado “Masculinidad Hegemónica” (Connell 1997), la cual promueve un tipo de masculinidad en la cual para que un hombre sea considerado como tal, debe ser activo, fuerte, no expresar sus emociones, no demostrar miedo, ser jefe de hogar y proveedor, responsable y autónomo, entre otras características (Olavarría y Valdés 1998, Olavarría 2001).

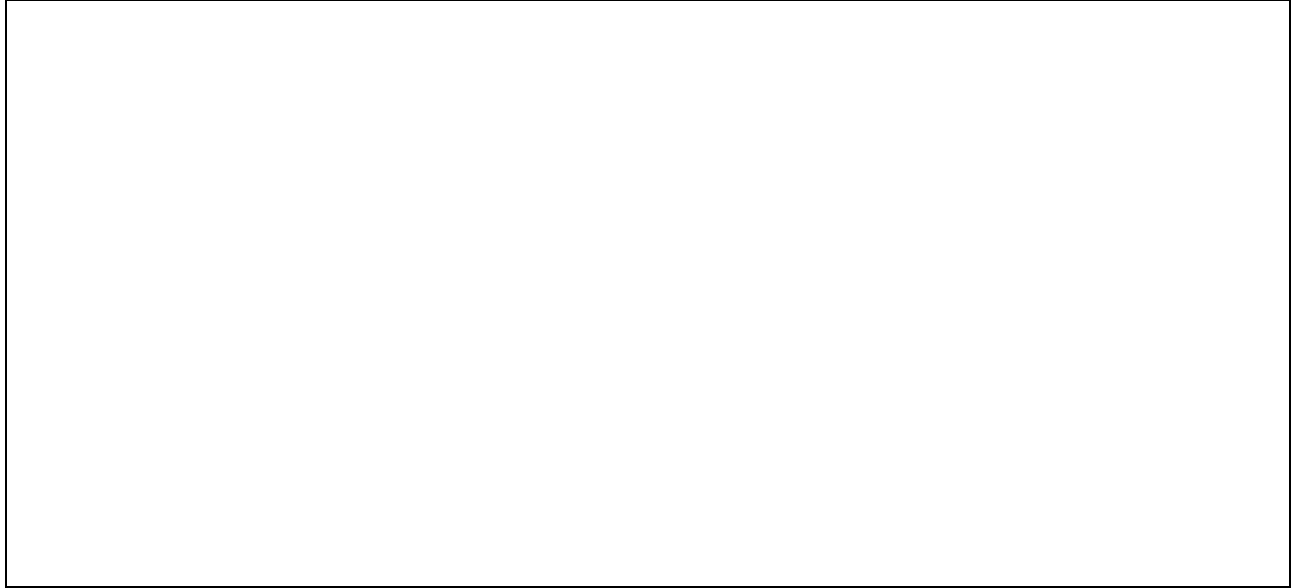
Una de las características cruciales de la masculinidad hegemónica es la **heterosexualidad** (Olavarría y Valdés 1998). De esta manera, en el plano de la sexualidad, el modelo prescribe el desear, conquistar y poseer a las mujeres. Esta prescripción de heterosexualidad es obligatoria para los hombres si quieren seguir siendo tales, e implica la estigmatización y discriminación de la masculinidad de todos aquellos hombres que no cumplan con dicho mandato. Esta exclusión o marginalización afecta fundamentalmente a los hombres homosexuales, quienes son feminizados y expulsados de la identidad masculina.

El modelo hegemónico de masculinidad entrega las pautas de cómo los hombres se deben comportar en todos los planos (afectivo, familiar, laboral, etc.) si quieren evitar sanciones sociales como la marginalización o el estigma. Así, en el proceso de construcción social de la masculinidad, **los niños y jóvenes generalmente son socializados para demostrar su virilidad**, lo que los lleva en ocasiones a utilizar la violencia entre sí para probar que son “hombres de verdad” (Connell 1997).

La figura de poder de la masculinidad hegemónica se reafirma en el **machismo** en tanto aseveración de la virilidad y de control sobre las mujeres (y de otros hombres) (Montecino 1996). Si bien existen diversas masculinidades, cada una de ellas presenta una mayor o menor adherencia respecto al modelo tradicional de masculinidad o masculinidad hegemónica. Son las continuidades del modelo tradicional, que se conoce como machismo, las que ponen en riesgo la salud de hombres y mujeres, y se relacionan con problemas sociales como la violencia, entre otros (Obach, Sadler y Aguayo 2010).

## ACTIVIDAD 2

1. A la luz de lo visto hasta ahora, reflexione respecto a cómo construyen y experimentan los niños y hombres adolescentes su masculinidad en la actualidad.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student's reflection on the first question.

2. Reflexione en el caso específico de los niños y hombres adolescentes que están en una situación de mayor vulnerabilidad, y que requieren de protección por parte del estado.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student's reflection on the second question.

## UNIDAD 2. VIOLENCIA DE GÉNERO

### 1. Violencia en las sociedades

El concepto de “violencia de género” alude a la violencia que se ejerce entre un sexo y el otro, por el hecho de pertenecer a un determinado sexo. La violencia de género requiere ser contextualizada, en el entendido que esta está estrechamente ligada con la conceptualización de violencia y materialización que cada sociedad construye, y el significado que dichas violencias adquieren en culturas específicas.

Galtung (1998) propone la clasifica las violencias en las siguientes categorías: violencia estructural, violencia cultural y violencia directa.

**Violencia estructural:** se manifiesta cuando no hay un emisor o una persona concreta que haya efectuado el acto de violencia. Este tipo de violencia en la mayoría de los casos proviene de la propia estructura social, en específico, de los sistemas políticos y económicos, y sus expresiones más usuales son la represión y la explotación. Ambas actúan sobre el cuerpo y la mente, y no necesariamente son intencionadas. Se consideran casos de violencia estructural aquellos en los que el sistema causa hambre, miseria, enfermedad o incluso muerte a la población. Son ejemplos los sistemas cuyos estados o países no aportan las necesidades básicas a su población.

**Violencia cultural:** alude a los aspectos de la cultura que aportan una legitimidad a la utilización del arte, religión, ciencia, derecho, ideología, medios de comunicación, educación, etc., que violentan la vida. Así, por ejemplo, se puede aceptar la violencia en defensa de la fe o en defensa de la religión. Dos casos de violencia cultural pueden ser el de una religión que justifique la realización de guerras santas o de atentados terroristas, así como la legitimidad otorgada al Estado para ejercer la violencia.

**Violencia directa:** se refiere a la violencia que realiza un emisor o actor intencionado (una persona), y quien la sufre es un ser dañado o herido física, mental o emocionalmente. En este caso de violencia opera un abuso de autoridad en el que alguien cree tener poder sobre otro. Generalmente se da en las relaciones asimétricas: el hombre sobre la mujer o el padre sobre el hijo o hija, para ejercer el control. Si bien la más visible es la violencia física, manifestada a través de golpes, no por ello es la única que se practica.

La violencia directa es clara y visible, por lo que resulta relativamente sencillo detectarla y combatirla. En cambio, la violencia cultural y la violencia estructural son menos visibles, pues en ellas intervienen más factores, y por ende, detectar su origen, prevención y remedio es más complejo.

### ACTIVIDAD 3

Complete el siguiente cuadro con ejemplos de violencias que usted identifique en cada uno de los niveles del modelo de Galtung.

**Violencia estructural:**

**Violencia cultural:**

**Violencia directa:**

## 2. Violencia de Género

La violencia de género es una manifestación de los tipos de violencia antes descritos, en un marco social caracterizado por el machismo y la cultura patriarcal. Por esto mismo, la mayor parte de la violencia de género es ejercida por hombres hacia mujeres, por lo cual el concepto de violencia de género se entiende la mayoría de las veces como sinónimo de violencia hacia las mujeres. Esto incluye malos tratos de la pareja, agresiones físicas o sexuales de parejas, cercanos o extraños, mutilación genital, femicidios, infanticidios femeninos, entre otras formas de violencia (Obach, Sadler y Aguayo 2010).

La violencia de género se define como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada (Artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Naciones Unidas, 1994). La violencia de género puede incluir toda agresión física o simbólica que afecte la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física de las mujeres (Obach, Sadler y Aguayo 2010).

La violencia contra las mujeres es uno de los principales problemas sociales de nuestro país. Su origen cultural permite que sea un fenómeno invisible ([www.minmujeryeg.cl](http://www.minmujeryeg.cl)).

Las consecuencias de la violencia de género hacia las mujeres son muy amplias y graves, e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos/as, y se extienden, además, al conjunto de la sociedad (García Moreno 2000).

### 2.1. Tipos de violencia de género

**Violencia física:** aquellas agresiones que se ejercen en forma física y que suelen dejar huellas externas en la persona agredida, por lo que pueden ser percibidas objetivamente por otros, como por ejemplo empujones, patadas, golpes, etc, causados con las manos o algún objeto o arma.

**Violencia sexual:** aquella violencia que se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que pretenden imponer una relación sexual no deseada mediante coacción o intimidación. La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, el acoso sexual incluyendo la humillación

sexual, el matrimonio o cohabitación forzados, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad.

**Violencia psicológica:** se trata de una forma de maltrato que es más difícil de percibir o detectar que la violencia física. Supone amenazas, insultos, humillaciones, desprecio hacia la mujer, desvalorizando su trabajo y sus opiniones. Dentro de esta categoría podrían incluirse otros tipos de violencia que llevan aparejado sufrimiento psicológico para la víctima, y utilizan las coacciones, amenazas y manipulaciones para lograr sus fines, como por ejemplo la violencia económica (el agresor controla el acceso de la víctima al dinero), y la violencia social (el agresor limita los contactos sociales y familiares de su pareja, aislándola de su entorno).

Fuente: Obach, Sadler y Aguayo 2010

La violencia de los hombres contra las mujeres es un problema internacional de salud pública y de derechos humanos que merece gran atención. En los últimos años, y sobre todo a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994), y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), se ha puesto énfasis en el tema de la equidad de género y del problema de la violencia de género como prioridades de acción internacional. Esto ha generado la creación de organismos y programas a nivel internacional, regional y nacional para trabajar con las mujeres víctimas de la violencia. Si bien el trabajo con mujeres es de gran importancia, se ha trabajado muy poco con los hombres que ejercen la violencia, lo cual se torna en un desafío urgente (Obach, Sadler y Aguayo 2010).

Frecuentemente, la violencia de los hombres contra las mujeres forma parte de la socialización masculina. La violencia doméstica, así como la violencia sexual, forman parte de los “roles” sexuales o de género en los cuales estos tipos de violencia son justificadas por los hombres cuando las mujeres rompen ciertas “reglas” del juego, ya sea por tener relaciones sexuales fuera de la relación de pareja o por no cumplir con sus “obligaciones domésticas” (Obach, Sadler y Aguayo 2010).

Asimismo, los hombres son, por regla general, socializados para reprimir sus emociones, siendo la rabia, e incluso la violencia física, una de las formas socialmente aceptadas para que ellos expresen sus sentimientos. Debido a esto, muchos hombres no aprenden a expresarse verbalmente y de forma adecuada para resolver sus conflictos mediante el diálogo y la conversación (Obach, Sadler y Aguayo 2010).

**Femicidio:** según la legislación chilena (ley 20.480), un femicidio es el asesinato de una mujer realizado por quien es o ha sido su esposo o conviviente. Este delito es la forma más extrema de violencia contra las mujeres y es una muestra de que en nuestras sociedades todavía se cree que los hombres tienen derecho a controlar la libertad y la vida de las mujeres. Las penas para quienes cometen femicidio en Chile van desde los quince años y un día de cárcel hasta la cadena perpetua ([www.minmujeryeg.cl](http://www.minmujeryeg.cl)).

- En el año 2017, el **38,8%** de mujeres entre **15 y 49 años de edad** declaró haber vivido una o más situaciones de violencia ejercida por su pareja, ex pareja o algún familiar a lo largo de su vida ([www.ine.cl](http://www.ine.cl); Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, 2012, 2017).
- Al 12 de octubre de 2018, en Chile se registran 30 femicidios consumados y 94 femicidios frustrados ([www.minmujeryeg.cl](http://www.minmujeryeg.cl)).

### **3. Violencia en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes**

De acuerdo con datos de la Octava Encuesta Nacional de la Juventud, la violencia psicológica es la principal forma de violencia que las y los jóvenes señalan haber experimentado en sus actuales relaciones de pareja; el 13% de quienes tienen pareja en la actualidad declaran haber vivido al menos una situación de violencia de este tipo. Luego mencionan la violencia física (6%), y en tercer lugar, la violencia sexual (1%) (INJUV 2017).

En general existe un sub-reporte de jóvenes que señalan haber experimentado alguna situación de violencia sexual con su pareja actual, ya que muchas veces este tipo de violencia no es reconocida por todas las personas jóvenes, y porque el término “violencia sexual” generalmente está asociado a relaciones sexuales violentas y forzadas, dejando de lado aspectos de este tipo de violencia que son más sutiles, como es el caso de las presiones psíquicas para tener relaciones sexuales (INJUV 2017).

#### **Violencia física y psicológica en parejas de jóvenes de acuerdo a variables sociodemográficas**

**Violencia psicológica en parejas de jóvenes:** el 10% de las y los jóvenes que tienen entre 15 y 19 años declara haber vivido este tipo de violencia en su relación de pareja actual, mientras que este porcentaje se eleva a un 15% en jóvenes de 25 a 29 años.



**Violencia física en parejas de jóvenes:** quienes tienen entre 20 y 29 años declaran experimentar en un mayor porcentaje violencia física que quienes tienen entre 15 y 19 años (7% versus 3%, respectivamente). A su vez, aquellos que pertenecen a un NSE bajo declaran experimentar en un mayor porcentaje este tipo de violencia (8%) que quienes pertenecen a un NSE medio (5%).

Fuente: INJUV 2017.

De acuerdo con datos del INJUV, se puede establecer que las situaciones de violencia que afectan a las y los jóvenes en todos aquellos espacios de socialización que son relevantes durante la etapa juvenil, tienen una manifiesta relación con los episodios de violencia que se viven en el espacio íntimo de las relaciones de pareja.

#### **4. Legislación y acciones públicas en Chile en materia de violencia de género**

Desde hace más de una década, en nuestro país se ha evolucionado culturalmente hacia una protección de los derechos de las mujeres, ya que existe una mayor visibilización y denuncia de los altos índices de violencia contra ellas. Esto ha sido impulsado principalmente desde la sociedad civil a través de movimientos feministas y organismos nacionales e internacionales de derechos humanos, que han instado al Estado de Chile a actuar en conformidad con los tratados internacionales que ha suscrito y ratificado (Villegas 2017).

- 1994: Ley N° 19.325 de 4 de agosto.
- 2005: Ley N° 20.066, cuyo objetivo fue prevenir, sancionar y erradicar la “violencia intrafamiliar” y otorgar protección a las víctimas de la misma. Para ello efectuó reformas sustanciales, entre otras, sustraer el conocimiento de estos hechos de la competencia de los tribunales civiles para otorgarla a la justicia de familia o penal según la naturaleza del ilícito, crear medidas de protección especiales para las víctimas, definir la violencia intrafamiliar y tipificar un nuevo delito. Con ello, el problema de la violencia intrafamiliar dejaba de ser un problema del ámbito privado y se elevaba al ámbito del derecho público (Villegas 2017).
- 2014: en el marco de la Agenda de Género, se implementa el Plan Nacional de Acción contra la Violencia hacia las Mujeres 2014-2018 (Plan Nacional VCM) como una estrategia para la articulación y coordinación de acciones intersectoriales y participativas para una respuesta integral y de calidad que promueva el derecho a una vida libre de violencia hacia las mujeres, tanto en el ámbito público como privado. El Plan Nacional VCM tiene cuatro líneas estratégicas de acción: i) Prevención; ii) Articulación y Fortalecimiento del Sistema de Atención en VCM; iii) Acceso a la Justicia y Sanción Efectiva; iv) Información y Conocimiento ([www.minmujeryeg.cl](http://www.minmujeryeg.cl)).

## **5. Movimientos sociales por la eliminación de la violencia hacia las mujeres**

A través de diversos movimientos sociales la ciudadanía ha reaccionado en forma organizada llevando a cabo actos de protesta social y marchas multitudinarias, que acogen la consigna “Ni Una Menos” a lo largo de Latinoamérica. Esta campaña persigue evidenciar la existencia de crímenes de odio contra las mujeres, así como fomentar la organización y encuentro de mujeres en distintas partes de nuestro continente. Expresión de lo anterior, fue la respuesta social multitudinaria en las calles y redes sociales, ante el caso de femicidio frustrado contra Nabila Riffo. Esto demuestra no solo que se ha ido generando una alianza solidaria entre mujeres cuando son agredidas, sino asimismo que la violencia contra la mujer tiene una connotación política al provenir de una especial forma de ordenación de la sociedad (Villegas 2017).

### **Población de niños, niñas y adolescentes (NNA) en protección de derechos por el Estado**

Según datos entregados por el SENAME, el área de Protección de Derechos, en el año 2014, ingresó un total de 111.440 NNA. Dentro de las principales causas de ingreso a este sistema, se encuentran: la inhabilidad de uno o ambos padres; la solicitud de un diagnóstico familiar, NNA víctimas de maltrato y abuso infantil. Un total de 43.2929 NNA ingresaron por abuso sexual y maltrato, lo que corresponde a un 38,8% del total ingresado e año 2014. De ellos, 34.016 fueron ingresados por maltrato físico y/o psicológico, lo que corresponde a un 78,6% del total de la población ingresada por alguna causa de violencia.

La principal causa de ingreso por maltrato se da en casos de negligencia y de NNA testigos de violencia intrafamiliar, concentrándose las más altas cifras en menores de 11 años, siendo más afectados los niños que las niñas, entre los seis y siete años de edad.

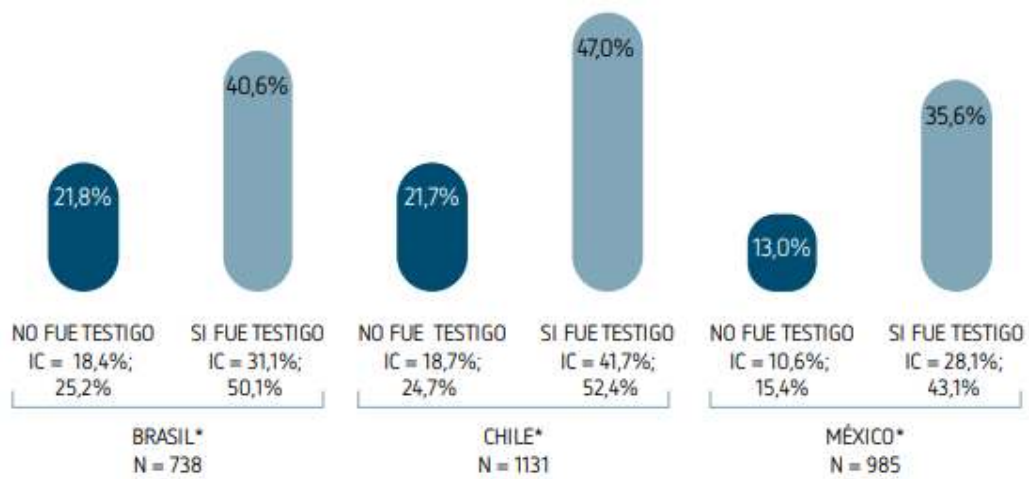
Del total de la población ingresada por violencia, un 12,4% correspondiente a 7.861 casos fueron víctimas de abuso sexual. De estos, el 86,7% afectaron a niñas (6.813), concentrándose el más alto porcentaje de estas agresiones entre los 8 y 15 años de edad.

Fuente: MINSAL. Modelo de Gestión. Red temática de Salud Mental en la red general de Salud. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2018.

## **6. Las consecuencias de la violencia de género en NNA**

La exposición de diferentes tipos de violencia tiene consecuencias directas sobre NNA, tanto en su salud física como en su salud mental. Asimismo, está demostrado que el hecho de ser testigo de violencia en el hogar aumenta las posibilidades que, en el futuro, especialmente los niños, sean perpetradores de violencia hacia sus parejas.

De acuerdo con datos entregados por la encuesta IMAGES del año 2012, comparando los resultados de Brasil, Chile y México, se concluye que los hombres que fueron testigos de violencia hacia la madre en la infancia – por parte de la pareja hombre- han ejercido más violencia física hacia una pareja alguna vez en la vida respecto a quienes no fueron testigos.



Fuente: Barker, Aguayo y Correa 2012.

## ACTIVIDAD 4

Reflexión sobre la violencia desde una perspectiva de género

- De acuerdo a lo leído ¿Cómo se justifica que la violencia de género sea un tipo específico de violencia?

- De acuerdo a su experiencia laboral trabajando con niños y niñas, ¿a qué tipos de violencia cree usted que se encuentran más expuestos? ¿Por qué?

- ¿Y los y las adolescentes específicamente?

- Además de los modelos de intervención PII y/o PIU ¿Qué herramientas y capacidades personales cree usted que una persona que trabaja con NNA debe desarrollar?

- ¿Qué buenas prácticas rescataría usted de su lugar de trabajo que son útiles para el trabajo con violencia de género y NNA ?

### **UNIDAD 3. SALUD Y GÉNERO, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SRR)**

Las inequidades existentes en salud producto de las construcciones de género propias de cada sociedad impactan y tienen consecuencias en la salud de hombres y mujeres, y en la exposición a vulnerabilidad en salud en cada uno de los géneros.

El género influye, por ejemplo, en los riesgos de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres debido a diversos elementos, entre ellos las diferencias en exposición y en vulnerabilidad; en el acceso a los servicios de salud; el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud; y en las respuestas del sector de la salud. Así por ejemplo, tanto en Chile como en la región la atención de salud de las mujeres, incluidas las adolescentes y jóvenes, gira en torno a la salud reproductiva, reduciéndolas solo a esta dimensión (Sadler et al 2010).

Estas inequidades se producen en el marco del modelo biomédico, el cual ha tenido un desarrollo histórico particular, desarrollando una ideología de género específica.

#### **1. El sistema biomédico desde una perspectiva de género**

Cada cultura construye un “proceso salud/enfermedad/atención”, entendido éste como un conjunto de representaciones y prácticas desarrollados con el fin de responder a los estados de salud y enfermedad, presentando características diferenciadas según el período histórico y la cultura particular donde se inserte (Menéndez 2004). Comprendidas así, la salud y la enfermedad no son estados únicos, universales, estáticos, sino más bien procesos dinámicos que adquieren características singulares de acuerdo al grupo humano en que se manifiesten. Asimismo, los estados de bienestar o de dolencia son asumidos por las diversas tradiciones culturales no sólo como entidades naturales, sino también como símbolos a partir de los cuales se desenvuelve una red semántica de valores, creencias, emociones y experiencias, que son compartidas por los miembros de una sociedad (Douglas 1973, Sontag 1996). De esta manera, todos los grupos sociales construyen una idea de lo que es estar sano y estar enfermo, y le otorgan un sentido y valor particular. A partir de dichas construcciones las culturas elaboran los “sistemas médicos”, entendidos como conjuntos organizados de creencias y acciones, de conocimientos científicos y habilidades de los miembros de un grupo perteneciente a una determinada cultura, relativas a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados (Comelles y Martínez 1993, Citarella 1995).

En las sociedades complejas no existe un único sistema médico al que todos sus miembros adhieran para dar sentido y significado a sus experiencias de salud y enfermedad, sino que

coexisten múltiples modelos. Esta diversidad de sistemas médicos presentes en una sociedad particular se articula en lo que se conoce como “cultura sanitaria”, la cual se compone tanto de sistemas terapéuticos profesionales (oficiales y alternativos a éstos) como de una serie de prácticas relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional, como por ejemplo, prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud, las redes sociales informales de cuidado de la salud, entre otros elementos (Haro 2000).

En occidente el **sistema biomédico** ha tendido a subordinar al resto de los sistemas médicos existentes, deslegitimándolas y constituyéndose en lo que Menéndez (2004) denomina “**Modelo Médico Hegemónico**”. La biomedicina es la alternativa oficial y subvencionada por el Estado para los cuidados y la atención de la salud en gran parte del mundo.

El feminismo y los estudios de género han planteado fuertes críticas hacia el modelo biomédico. En términos generales, sostiene que a través de diversos mecanismos de poder y de sus bases políticas e ideológicas, la ciencia biomédica ha excluido sistemáticamente a las mujeres del modelo médico, erigiendo un sistema androcéntrico, que se rige a través de una cosmovisión masculina del mundo. La biomedicina se basa en atributos como la objetividad, racionalidad, fragmentación, cientificidad, entre otros, enfocando su atención principalmente en los ámbitos fisiológicos del cuerpo humano, bajo el alero del método científico, dejando de lado todas aquellas otras dimensiones de la salud que tienen que ver con aspectos más sociales y culturales.

Esta visión científicista de la salud que se instaló con la formalización de **la biomedicina ha tendido a la patologización sistemática de los cuerpos**, principalmente los femeninos. Los ámbitos de la sexualidad y reproducción femenina han sido uno de los más afectados. La medicina alópata enfatiza los problemas de salud de las mujeres, construyéndolas continuamente bajo la figura de “pacientes”. Así, históricamente los cuerpos femeninos han sido contruidos -desde el discurso médico hegemónico-, como una fuente de patologías y desviaciones, lo cual valida su manipulación e intervención. Esto afecta a mujeres durante todo el ciclo vital, principalmente durante la adolescencia y juventud ya que corresponde a la fase del desarrollo reproductivo de las mujeres (Turner 1987).

Respecto a la salud de los hombres diversos autores postulan que ésta se vincula directamente a los procesos de socialización masculina que incentiva en los hombres comportamientos como la competitividad, la demostración de virilidad, la búsqueda del riesgo y el uso de la violencia en determinadas circunstancias como mecanismos de demostración de la masculinidad (Connell, 1997, Olavarría, 2001). Dentro de los mandatos de la masculinidad hegemónica, el autocuidado y la valoración del cuerpo en el plano de la salud es escaso ya que se asocia a vulnerabilidad y, por ende, aparece como un valor netamente femenino (De Keijzer 2002). Así, la socialización

masculina, si bien presenta privilegios para los hombres, también se traduce en riesgos tanto para su propia salud, como para la salud de otros hombres y mujeres. Respecto a la salud de adolescentes y jóvenes varones, existe una presión por parte de la cultura, de las instituciones, de las familias y los pares para que los jóvenes se comporten como *hombres*, y esas actitudes los llevan en ocasiones a experimentar conductas de riesgo como participar en peleas, consumir alcohol en exceso, fumar tabaco, tener sexo sin protección, entre otras (Aguayo y Sadler 2006, De Keijzer 2002). Junto con lo anterior, los hombres adolescentes y jóvenes, a través de diversos mecanismos son expulsados del sistema de salud siendo invisibles para éste (Sadler et al 2010).

## **2. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud**

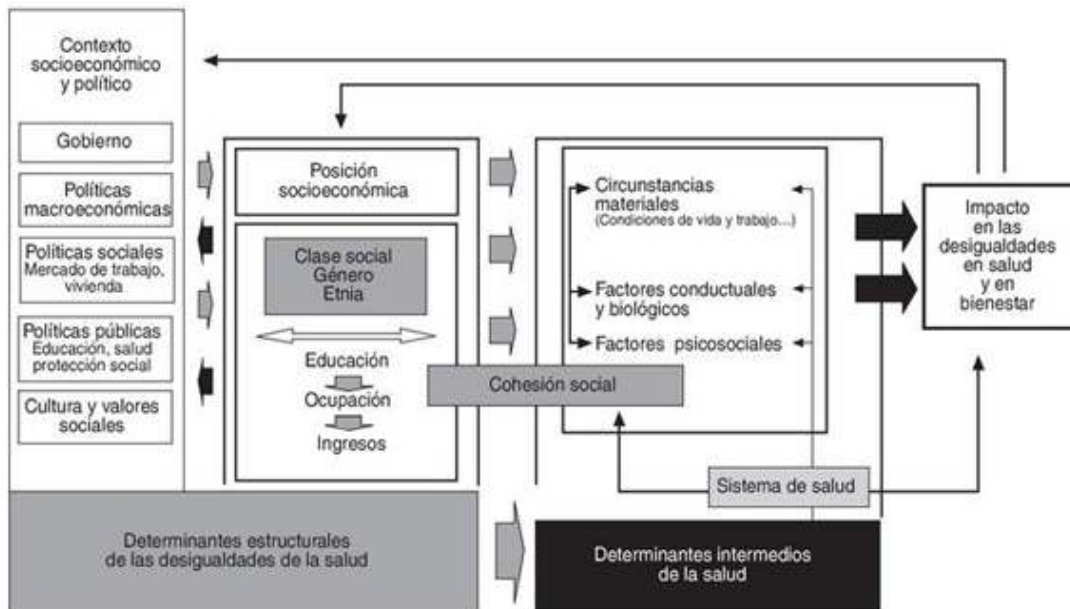
La salud de hombres y mujeres está determinada no solo por el género, sino por factores tales como el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica, educacional y étnica de la población, entre otras dimensiones que, al ser determinantes sociales inciden directamente sobre la salud de las personas (Solar e Irwin 2006).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se han definido como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan y que afectan a su salud; en otras palabras, las características sociales en las cuales la vida sucede. Este concepto ha sido ampliamente utilizado en políticas sociales y de salud pública en los últimos 20 años. Hace hincapié en que la condición humana es un reflejo íntimo de cómo vivimos en la sociedad y la salud se considera una expresión constante de la justicia social, ya que es un motor esencial e indispensable para el progreso de las naciones y las sociedades (Cabieses et al 2016).

Como parte del movimiento mundial de medicina social, el concepto de DSS se originó en la década de los '70, a partir de una serie de publicaciones que demostraron las limitaciones de las intervenciones basadas solo en reducir los riesgos de salud de base individual. Varios autores argumentaron que para comprender y mejorar la salud, era necesario centrarse en el desarrollo de políticas que se centrasen en modelos sociales de las enfermedades y no solo en el foco de riesgo individual tradicional (Cabieses et al 2016).



## Modelo de DSS



Fuente: Solar e Irwin 2006.

## ACTIVIDAD 5

### MATRIZ DE ANÁLISIS BASADO EN MODELO DSS– PROGRAMA 24 HORAS

#### Mirando a los/as usuarios/as y sus familiares vinculados al programa desde una perspectiva de género

##### Propósito de este documento matriz

Este taller tiene como propósito contribuir al desarrollo de conocimientos básicos respecto de la perspectiva y los estudios de género, y a la aplicación práctica de la perspectiva de género en las problemáticas que enfrenta la niñez y la adolescencia. Para esto, a continuación, se presenta un modelo de trabajo que incentiva la reflexión crítica de la realidad del Programa 24 horas desde un enfoque de género, a partir del reconocimiento de los determinantes sociales que hoy impactan en las condiciones de vida y salud de niños, niñas y adolescentes que son parte de este programa nacional.

##### Objetivos de aprendizaje de este taller

Se espera que los participantes de este curso, tras el análisis grupal de este documento, sean capaces de:

- 1) Describir elementos principales del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud
- 2) Reflexionar en torno a la dimensión de género implicada en el modelo de determinantes sociales, con foco en el diseño, implementación y evaluación del Programa 24 horas

##### Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

El modelo, en su versión más actualizada, considera tres niveles de acción:

- Los *determinantes estructurales*: son aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos. Los principales determinantes son: renta, educación, ocupación, clase social, género y raza o etnicidad. Este nivel macro incluye, por ejemplo los gobiernos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y las relacionadas con la salud. Así mismo, considera otros factores relevantes como: la cultura, los valores y las normas sociales.

- Los *determinantes intermedios*: se refiere a los aspectos principales de la jerarquía social que definen la estructura social y las relaciones de clase, dentro de la sociedad. Estas características están relacionadas con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. En primer lugar, se sitúa la posición socioeconómica que se encuentra a su vez relacionada con los otros factores (ingresos, acceso a los recursos, empleo etc.). También se incluyen determinantes estructurales que influyen en las desigualdades de salud como: el género o la etnia/raza. Esta estratificación de los grupos sociales por los ingresos, el género, la etnia, la educación, la ocupación y otros factores conlleva la creación de desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo.
- Los *determinantes proximales* o individuales: que dicen relación con la experiencia de condiciones de vida de los individuos y sus familias, incluyendo aspectos biológicos-genéticos, estilos de vida individual, circunstancias psicosociales, condiciones de la vivienda, y acceso y uso del sistema de salud. Estos determinantes se relacionan estrechamente con resultados de salud (sobre todo con cómo la salud y enfermedad se distribuyen en forma desigual al interior de una sociedad, beneficiando a algunos y perjudicando a otros) y son consecuencia inevitable de cómo tomaron lugar los determinantes estructurales e intermedios en una nación o población. Estos determinantes proximales son reflejo de desigualdades en capas sociales más superiores o estructurales.

## MATRIZ DE ANÁLISIS BASADO EN MODELO DSS– PROGRAMA 24 HORAS

### Mirando a los/as usuarios/as y sus familiares vinculados al programa desde una perspectiva de género

A partir de los 3 elementos del modelo DSS, reflexione en torno a lo que hoy usted enfrenta en su lugar de trabajo vinculado al Programa 24 horas:

Elemento RISS de interés	Diagnóstico del caso de sus usuarios y familiares	Discuta la importancia de enfoque de género para sus usuarios y familiares en cada nivel de DSS
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	Considere, por ejemplo: ¿De qué forma las políticas actuales referidas a infancia y adolescencia impactan en el bienestar de esta población?	Considere, por ejemplo: ¿Hay reconocimiento explícito del enfoque de género en las políticas actuales vinculadas al Programa 24 horas?
DETERMINANTES INTERMEDIOS	Considere, por ejemplo: ¿Cuál es la relación entre el bienestar y salud de sus usuarios y familiares, y factores como la pobreza, el ingreso, la educación, la raza y el género?	Considere, por ejemplo: ¿Hay diferencias de género en cómo abordar las causas de los problemas que enfrentan sus usuarios y familiares? ¿Cómo se podría trabajar en estos problemas reconociendo el lugar que el género ocupa en estas dinámicas causales y sus consecuencias?
DETERMINANTES PROXIMALES	Considere, por ejemplo: ¿De qué forma las condiciones de vivienda/barrio y estilos de vida (dieta, tabaco, alcohol, ejercicio...) impactan en el bienestar de sus usuarios y familiares?	Considere, por ejemplo: ¿Hay diferencias en condiciones de vivienda/barrio y estilos de vida en sus usuarios y familiares según género? ¿Cuáles?

### **3. Niños, niñas y adolescentes (NNA) como actores centrales en la agenda internacional de salud**

Los/as adolescentes son actualmente un grupo prioritario a nivel mundial en los más diversos ámbitos, incluido el sanitario. Esto se debe a que existe consenso internacional respecto a la vulnerabilidad de adolescentes, principalmente por la situación de invisibilidad social en la que se encuentran, y las condiciones de vida desfavorables en las que muchos de ellos/as viven y se desarrollan: bajos ingresos, bajo nivel educativo, condiciones de vida de adolescentes indígenas, migrantes, transfronterizos y de minorías étnicas, junto con otros determinantes sociales que los/as desfavorecen y excluyen (Obach y Macintyre 2016). En Chile, por ejemplo, de acuerdo a datos de la Encuesta Casen 2015, los/as adolescentes y jóvenes representan el grupo con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza, lo que significa que son uno de los grupos sociales más vulnerables (Ministerio de Desarrollo Social 2015). Como medida para revertir esta situación los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas ponen especial foco en este grupo, junto con los/as niños/as y mujeres, señalando que son fundamentales para el logro y éxito de la Agenda 2030.

En los ámbitos de salud, los/as adolescentes enfrentan una serie de retos sanitarios vinculados con el acceso a información y asesoramiento, a servicios integrados orientados a ellos/as, en especial a servicios de Salud Sexual Reproductiva (SSR), a barreras políticas, sociales y jurídicas que afectan su salud, bienestar físico, mental y emocional. En este marco, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea como desafío, fundamentado en un marco de derechos humanos, el desarrollo de Servicios de Salud de calidad, de manera que estos puedan responder a las necesidades e intereses de los/as adolescentes, y cumplan con el derecho a una atención de salud accesible, aceptable y eficaz (Minsal 2017).

### **4. Abordajes de la adolescencia en salud**

La adolescencia corresponde a una etapa de la vida caracterizada por una serie de cambios en los individuos, tanto a nivel biológico, como psicológico y social. Es un periodo crucial en el curso de vida de los sujetos, durante el cual alcanzan la madurez psíquica y sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron durante su crecimiento, y asumen funciones que les permiten elaborar su identidad, plantear un sentido de vida propio y expresar su participación en la sociedad (Krauskopf 2015). La OMS considera a la población adolescente y joven a aquella entre los 10 y los 24 años de edad. La adolescencia como una etapa entre los 10 y 19 años, y la juventud entre los 15 y 24 años (OMS 2018), mismo criterio que se utiliza en nuestro país y en específico en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile (Minsal 2008).

Las políticas públicas están integrando cada vez con más fuerza enfoques participativos y de derechos para abordar a esta población. Las “Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes” del Ministerio de Salud (Minsal 2016), plantean como enfoques clave los de: derechos, reconociendo la titularidad de los derechos de las personas en la adolescencia y su capacidad progresiva para ejercerlos, y permitiendo la toma de decisiones de manera libre e informada en aspectos que les atañen directamente; y de participación, reconociendo la importancia de empoderar a adolescentes en sus derechos y responsabilidades para que asuman un rol activo en el cuidado de su salud y como agentes de cambio de su entorno.

No obstante lo anterior, en la práctica siguen presentes enfoques **adultocéntricos**, es decir, posiciones centradas en las creencias y valoraciones de los adultos, lo cual fomenta una relación asimétrica y tensional de poder entre adultos y jóvenes ya que se tiende a negar cualquier otro tipo de conocimiento que no sea el previsto por el mundo adulto (Duarte 2000, Chávez 2014).

Esta cultura adultocéntrica históricamente ha invisibilizado a adolescentes y jóvenes en la sociedad, incluidos los ámbitos de salud. Así, por ejemplo, históricamente los esfuerzos por implementar servicios de SSR para adolescentes, así como educación sexual, se han visto obstaculizados por la negación de la sexualidad de los/as adolescentes por parte del mundo adulto, el cual percibe a los/as adolescentes como seres célibes o asexuales-, generando con ello una brecha respecto a las necesidades reales de los/as adolescentes en los ámbitos de sexualidad (Casas 2009). Bajo este paradigma los sectores más conservadores de la sociedad chilena, entre ellos la Iglesia Católica, han puesto importantes trabas, generando influencias sobre el Estado que han limitado las iniciativas de políticas públicas en este ámbito (Figueroa 2012). En este contexto, la educación sexual en el país se ha convertido en un conflicto de carácter histórico y político, determinado por la existencia de una tensión entre quienes defienden el derecho a la información y quienes reivindican la libertad de elección (Figueroa 2012).

#### **4.1. Breve recorrido por el desarrollo de la educación sexual en Chile**

Desde el retorno a la democracia en los años 90 se identifican una serie de hitos que han marcado la agenda en materia de educación sexual en el país. El primero, implementado entre los años 1996-2001, fueron las denominadas Jornadas de Conversación en Sexualidad y Afectividad (JOCAS), las cuales generaron fuertes reacciones por parte de los sectores políticos conservadores y de la Iglesia Católica. El segundo hito fue el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad 2005-2010, el cual buscaba superar las debilidades detectadas de las JOCAS fortaleciendo el rol de Ministerio de Educación (Mineduc), el apoyo a las familias y a las comunidades escolares en materia de educación sexual. El tercer hito fue la promulgación de la ley 20.418 en el año 2010, ley de salud buscó fijar las normas para que el personal de salud entregue información y prestaciones relacionadas a la regulación de la fertilidad. Si bien la ley señala en su artículo primero la obligatoriedad de que los establecimientos educacionales con

educación media incorporen un programa de educación sexual, el reglamento que hacía efectiva la ley no hizo referencia a dicho artículo, lo que inhabilitó la intención original de la ley. A pesar de esto, desde su promulgación la ley se transformó en una fuerte señal para la política en educación sexual, especialmente para las escuelas. Esta ley tuvo una fuerte influencia en el establecimiento de la política que le siguió entre los años 2011 y 2014, la cual asumía la obligatoriedad impuesta por la ley 20.418 y se materializó en la selección por parte del Mineduc de un grupo de programas de educación sexual impartidos por privados, los cuales conformarían un portafolio a poner a disposición de los establecimientos educacionales. Esto generó que la educación sexual impartida por las escuelas fuese altamente heterogénea, ya que permitía a cada uno de los establecimientos educativos del país elegir, según la afinidad con el proyecto valórico de la institución, entre los programas de educación sexual acreditadas por el Estado. Diversos autores postulan que esta 'política del portafolio' reflejó una postura conservadora que reubicó el tema de la educación sexual en la esfera de lo privado, adscribiendo además una lógica de mercado. En el año 2014, se suspendió el apoyo del Estado a los programas incorporados en esta política lo que llevó a un actual vacío en este ámbito.

Diversos estudios sostienen que la información y educación sexual llevada a cabo a través de las políticas y programas descritos, emanados desde el sector educación y salud, presentan graves deficiencias, entre ellas, que promueve un **marco heteronormativo y biologicista**; que su enfoque no promueve la participación; que refuerza un enfoque de riesgo respecto a la SSR, centrado principalmente en el cuerpo de las mujeres jóvenes (18-19). Además, se sostiene que en materia de educación sexual no se ha logrado instalar un currículo con un mínimo de contenido transversal obligatorio, ni generar una estrategia que integre a los sectores de salud y educación junto a estudiantes y sus familias. Todo ello en el marco de un contexto cultural en el que prevalece una visión adultocéntrica y de peligro respecto a la adolescencia y la juventud, lo que ha llevado a una falta de reconocimiento de las necesidades de los(as) adolescentes y jóvenes en materia de SSR, así como una invisibilización de los DSR y derechos humanos en esta población. Fuente: Obach, Sadler y Jofré 2017.

#### **4.2. Desarrollo en la atención de salud de adolescentes y jóvenes**

El sector salud durante la última década ha realizado importantes avances en programas y políticas que buscan promover la SSR de adolescentes, y la información y educación en esta área, entre las que destacan:

(i) Programa Espacios Amigables para la población entre 10 y 19. Espacios de atención de salud diferenciada para adolescentes en Atención Primaria que aparecen como respuesta a una necesidad concreta que existía en torno al acceso a salud de esta población, desde un enfoque preventivo y de promoción, con especial énfasis en la atención de SSR, en horario diferenciado, con respeto a la privacidad, atención amistosa y personal capacitado.

(ii) Creación del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en el año 2012, el cual incluye el respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de adolescentes y jóvenes como parte esencial de la salud y la educación.

Fuente: Obach, Sadler y Jofré 2017

## 5. Salud y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes

La Organización Mundial de Salud (OMS) define:

- Salud sexual como un bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, que incluye la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (OMS, 2006). Destaca de esta definición que placer y seguridad aparecen de la mano.
- Salud reproductiva se conceptualiza como un bienestar físico, mental y social, e implica que las personas son capaces de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y sin riesgos; que tienen la capacidad de reproducirse con la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia (OMS, 2015). Además, incluye el derecho de mujeres y hombres de tener acceso a información y métodos anticonceptivos, además de acceso a las mujeres a servicios de salud seguros durante el embarazo, parto y puerperio (OMS, 2015).
- Los derechos sexuales y reproductivos unen las dos definiciones de salud sexual y reproductiva anteriormente descritas en un marco de derechos humanos universales. Estos incluyen acceso a servicios adecuados de planificación familiar y aborto seguro; atención seguro en el parto y en los cuidados del recién nacido; la detección y el tratamiento de problemas de salud sexual, incluyendo las infecciones de transmisión sexual; la educación en salud sexual y consejería sexual; y promoción de la igualdad de género (Obach, Sadler y Aguayo 2010).

Hasta la fecha la atención de salud sexual y reproductiva tanto a nivel mundial, como regional y de país ha estado **centrada principalmente en las mujeres**, específicamente en los ámbitos reproductivos, dejando de lado los ámbitos de la salud sexual de ellas. Por su parte, la salud sexual y reproductiva de los hombres ha estado invisibilizada tanto en las políticas públicas como en la reflexión social (Sadler et al, 2010). Esto ha llevado a una falta de reconocimiento de las necesidades de los/as adolescentes y jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva, así como a la falta de mecanismos para la incorporación de la variabilidad social y cultural que existe en la adolescencia y la juventud.

## 6. Salud de adolescentes desde una perspectiva de género y diversidad

Las inequidades en salud sexual y reproductiva antes descritas son producto, entre otras



razones, de las construcciones de género propias de nuestra sociedad, las cuales impactan y tienen consecuencias en la salud de hombres y mujeres.

El género influye, por ejemplo, en los riesgos de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres debido a diversos elementos, entre ellos las diferencias en exposición y en vulnerabilidad; en el acceso a los servicios de salud; el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud; y en las respuestas del sector de la salud (Rohlf's 2003).

Los cuerpos femeninos, especialmente en lo referente a la sexualidad femenina, han sido históricamente intervenidos por la biomedicina (Rohlf's 2003, Valls-Llobet 2003). Desde esta mirada, los énfasis en la salud de las mujeres están puestos en sus procesos fisiológicos, especialmente reproductivos, presentando una visión fragmentada de su cuerpo y de su salud, y olvidándose de las matrices socioculturales en las cuales ellas están insertas, se desarrollan y desenvuelven. Así por ejemplo, en Chile la atención de salud de las mujeres, incluidas las adolescentes y jóvenes, gira en torno a la salud reproductiva y ginecología, reduciéndolas solo a esta dimensión (Luengo et al. 2012). Además, la sexualidad femenina suele ser abordada desde una perspectiva de "riesgo", una visión que justifica el control familiar, social y médico del cuerpo femenino (Macintyre et al. 2015). Plan y Unicef (2015) describen la relación entre embarazo adolescente y género desde la identificación de varios tipos de violencia contra las mujeres, incluyendo violencia simbólica y psicológica: control de los cuerpos femeninos por parte de instituciones, padres y parejas.

En relación a la diversidad sexual, la cultura hegemónica establece que la heterosexualidad debe ser la orientación sexual deseada por todas las personas y, por ende, ser el móvil de las conductas sexuales aceptadas. Esta **heteronormatividad** queda reflejada en la educación sexual y las políticas de salud públicas en Chile, enfocadas principalmente en la prevención de embarazo, sin considerar que la buena salud sexual y los derechos sexuales abarcan temas mucho más amplios como respeto por diversidad sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, igualdad de género y prevención de todo tipo de discriminación y violencia (Macintyre et al. 2015).

La adolescencia es un tiempo de construcción de la identidad en muchos aspectos y el desarrollo de la identidad sexual en esta etapa es fluido y dinámico. Dado que la adolescencia es un tiempo de exploración, experimentación y descubrimiento (OMS, 2006), muchos adolescentes experimentan atracción y tienen relaciones sexuales con pares de ambos sexos. De esta forma, estrategias de prevención de embarazo enfocado solo en parejas "heterosexuales" no reconoce la realidad de adolescentes que están en búsqueda de su identidad sexual, e invisibilizan

experiencias sexuales que les ponen en riesgo de un embarazo no deseado.

## **7. Salud Sexual y Reproductiva en hombres adolescentes**

El acceso de los varones adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) se ha visto limitado por el hecho que la SSR ha sido históricamente conceptualizada como un asunto de mujeres (Sadler et al 2010, Saewyc 2015). Junto con esto, los hombres adolescentes se ven sometidos a diversos mandatos culturales que los sitúan en una posición de riesgo en SSR, entre ellas: vivir su sexualidad de acuerdo a los preceptos de la masculinidad hegemónica (Barker et al 2010); tener mayor número de parejas sexuales que las mujeres; tener sexo bajo la influencia del alcohol o drogas; y comportamientos que ponen en riesgo a otros como resistirse al uso del preservativo. Se sostiene que los hombres jóvenes usan escasamente los centros de salud, y que contar con servicios amigables de salud para adolescentes, aunque es de gran importancia, no garantiza su participación (Obach et al 2018).

Diversos estudios internacionales y en Chile describen barreras actitudinales e institucionales para el acceso de los hombres jóvenes a los servicios de SSR, entre ellas: una socialización masculina de poco cuidado de su propia salud; vinculación con salud principalmente por episodios de emergencia; vergüenza de reconocer que necesitan información sobre SSR; escasa capacitación del personal de salud para la atención de hombres jóvenes, y actitudes negativas hacia ellos (Obach et al 2018).

Si bien los Espacios Amigables para la atención de adolescentes en atención primaria han representado un avance en la inclusión de los hombres adolescentes en SSR, se constata que los servicios de SSR continúan centrándose en las mujeres: en 2014, de la población de 15-19 años del país que recibió algún método anticonceptivo en la red pública de salud, un 98,3% fueron mujeres y solo un 1,7% hombres (17). Un estudio del año 2017 en el país reporta que, de acuerdo a la percepción de los equipos de salud, existe poca visibilidad de los adolescentes y sus necesidades, y baja asistencia de adolescente a los centros de salud la cual se torna crítica en el caso de los varones (Obach et al 2018).

## **8. El embarazo en la adolescencia**

Desde este enfoque, los esfuerzos por la prevención del embarazo adolescente han estado puestos en las embarazadas adolescentes sin considerar a las mujeres jóvenes desde una dimensión integral, ni a los hombres jóvenes ni sus familias (Sadler et al 2010). Esto ha tenido como consecuencia la ausencia de un enfoque de derechos y de participación en la prevención del embarazo adolescente, el cual ha sido abordado principalmente desde un enfoque biomédico, adultocéntrico, y centrado en el sistema de salud (Duarte 2000, Sadler et al 2010).

Si bien el embarazo en la adolescencia se encuentra en descenso a nivel mundial, aún compromete al 11% de los nacimientos a nivel mundial (OMS 2014), siendo un tema central de la salud pública internacional dadas sus profundas consecuencias a nivel individual, comunitario y social (Cherry Dillon 2013, Minsal 2013, UNFPA 2013).

El embarazo en la adolescencia conlleva una serie de consecuencias negativas, especialmente para las mujeres, entre ellas la reproducción de la pobreza e inequidades de género. En Chile, en las últimas décadas el país ha presentado una disminución tanto en la tasa de fecundidad global como en la específica de adolescentes. La tasa de fertilidad en adolescentes entre los periodos 1990-1995 y 2010-2015 disminuyó de 63.6 a 49.3 por 1000. Esto sitúa a Chile ligeramente por sobre el promedio mundial (46.2 por 1000) y muy por debajo del promedio regional de América Latina y el Caribe (Rodríguez 2017). A pesar de estas cifras alentadoras para el país, el embarazo en la adolescencia continúa presentando importantes inequidades sociales, concentrándose en los estratos socioeconómicos bajos. En el año 2013, las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad de los quintiles más bajos tenían hasta 6 veces más probabilidades de convertirse en madres de aquellas del quintil más alto. En el caso de los nacimientos en adolescentes precoces (menores de 15 años) la cifra es de alrededor de 0,5% (Rodríguez 2017). Junto con lo anterior, han aumentado las brechas en inicio sexual y uso de anticonceptivos en la primera relación entre los segmentos más alto y más bajo: se ha mantenido estable el porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente de los estratos más altos mientras en los más bajo ha ido en aumento, el porcentaje de uso de anticonceptivos ha aumentado en el estrato más alto mientras que en el más bajo se ha mantenido prácticamente igual (Rodríguez 2017). Todo lo anterior lleva a que el embarazo en la adolescencia constituya una de las actuales causas de generación y transmisión de la pobreza, reproduciendo con ello las inequidades sociales en el país. Además, es una problemática que exacerba las desigualdades en las relaciones de género, acrecentando la vulnerabilidad de las mujeres adolescentes y jóvenes (Olavarría 2012).

En el marco de la situación del embarazo adolescente en el país emerge una preocupación especial por los embarazos en la adolescencia temprana (10-14 años) que, a diferencia de la tasa de fecundidad adulta, no han tendido a disminuir, sino que se han mantenido en el tiempo (Dides y Fernández 2016). Junto con esto, aparece una señal de alerta respecto a lo que la literatura médica ha identificado como re-embarazo en la población adolescente, es decir, el número de mujeres adolescentes que presentan un segundo o tercer hijo nacido antes de superar la adolescencia (Rosas et al 2017).

## **9. ITS-VIH/Sida**

Uno de estos temas que más preocupa en la actualidad es la propagación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), principalmente por medio del contacto sexual sin protección.

A menudo, se considera a los/as jóvenes como un grupo expuesto al riesgo de infección por el VIH, debido a su vulnerabilidad física y psíquica, así como a una propensión a adoptar comportamientos de alto riesgo (INJUV 2017).

En el año 2014, se estimó que el número de nuevas infecciones por VIH en el mundo fue de 2 millones, que equivale a un 41% menos que el máximo registrado en el año 1997. Esto, si bien muestra un avance en la prevención del contagio, la epidemia de infección por el VIH continúa representando una grave amenaza para la salud pública en todas las regiones. La Organización Mundial de la Salud, en el Marco Estratégico 2011-2015 sobre Prevención del VIH y de los Embarazos no Planeados, sugirió el uso de condón en todas las relaciones sexuales que incluyan penetración, sin importar si se trata de una pareja estable o no (INJUV 2017).

La principal estrategia de prevención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la política pública de salud sexual es el uso de condón o preservativo en cada relación sexual. Usar siempre y correctamente el condón en cada relación sexual es la forma más segura y eficaz de prevenir el contagio de estas infecciones. De acuerdo a los resultados de la Octava Encuesta Nacional de la Juventud, el 60% de las y los jóvenes que utilizó algún método preventivo en su primera relación sexual declara haber usado condón, mientras que cuando se trata de la última relación sexual, este porcentaje disminuye al 40% (INJUV 2017).

La misma fuente indica que la población joven tiene un conocimiento parcial respecto a las formas de transmisión del VIH. Solo 1 de cada 5 jóvenes reconoce correctamente tanto las conductas riesgosas de contagio como las no riesgosas (20%); similar al porcentaje registrado el año 2012 (24%). Es decir, solo esta fracción de jóvenes posee un conocimiento claro y certero de las prácticas que constituyen un riesgo real de transmisión, y de las que no (INJUV 2017).

Importante destacar que hoy se está en presencia de un cambio cultural frente a las enfermedades de transmisión sexual, particularmente del VIH/Sida, vinculado a un cambio en las percepciones subjetivas respecto a la enfermedad. Esto ya que el VIH/Sida ya no representa una enfermedad mortal y los avances en la medicina ha permitido una gran efectividad del tratamiento antirretroviral alcanzando incluso el estado de supresión viral. Esto ha significado descuido en lo que respecta a la actividad sexual, en consecuencia, la exposición a contraer VIH/Sida y otras ITS (Nuñez 2018).

#### **Datos de la Octava Encuesta Nacional de la Juventud**

- El 71% de las y los jóvenes se ha iniciado sexualmente, sin presentar brechas entre hombres y mujeres.

- La edad media de iniciación sexual es 16,60 años, siendo las y los jóvenes de nivel socioeconómico bajo quienes se inician antes que aquellos de nivel socioeconómico medio y alto.
- De las y los jóvenes iniciados sexualmente, el 70% declaró haber usado algún método preventivo en su primera relación sexual, porcentaje que alcanza el 77% cuando se trata de la última relación sexual, siendo el condón el método más usado, según declaración de las y los jóvenes, en ambos casos.
- El 49% de las personas jóvenes declara que ha practicado sexo oral y el 26% sexo anal. Ambas estimaciones son significativamente mayores en hombres que en mujeres, y aumentan progresivamente conforme avanza la edad.
- El 30% de las y los jóvenes en Chile se ha realizado alguna vez el test de Elisa, siendo las mujeres (39%) en mayor porcentaje que los hombres (22%) quienes reportaron haberse realizado el test, argumentando como principal motivo el control de embarazo.
- El 31% de las y los jóvenes declara ser padre o madre. Asimismo, el 14% declara haber sido padre/madre antes de los 20 años, presentando porcentajes más altos en mujeres y personas jóvenes de nivel socioeconómico bajo.
- El 22% de la población joven iniciada sexualmente declara que ha vivido un embarazo no planificado. Además, el 4% de las mujeres jóvenes iniciadas sexualmente reporta que se ha practicado un aborto, sin presentar diferencias estadísticamente significativas con la población adulta (6%).

Fuente: INJUV 2017.

## ACTIVIDAD 6

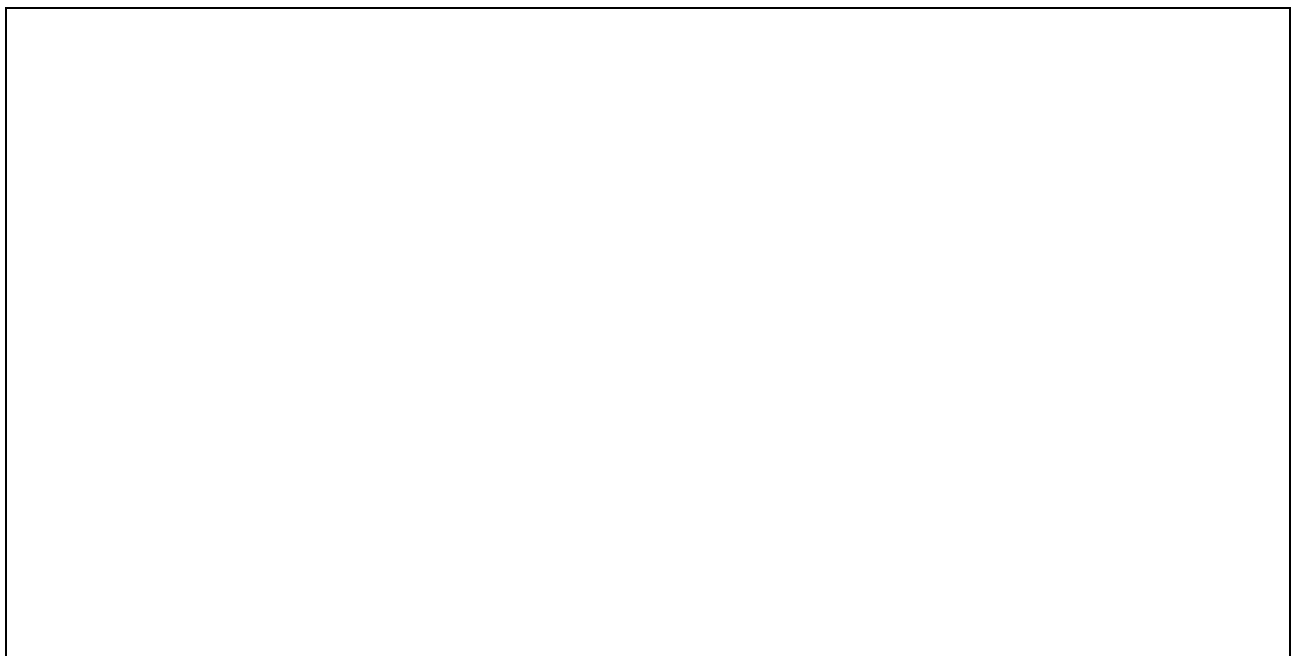
- En la unidad recién vista se menciona que *“los cuerpos femeninos, especialmente en lo referente a la sexualidad femenina, han sido históricamente intervenidos por la biomedicina. Desde esta mirada, los énfasis en la salud de las mujeres están puestos en sus procesos fisiológicos, especialmente reproductivos, presentando una visión fragmentada de su cuerpo y de su salud, y olvidándose de las matrices socioculturales en las cuales ellas están insertas, se desarrollan y desenvuelven”*. ¿Qué ejemplos concretos puede usted nombrar que grafiquen estas intervenciones?

- Luego de lo leído en la unidad ¿cuáles cree usted que son los principales prejuicios y mitos que hay sobre los adolescentes hombres y mujeres con respecto a la sexualidad?

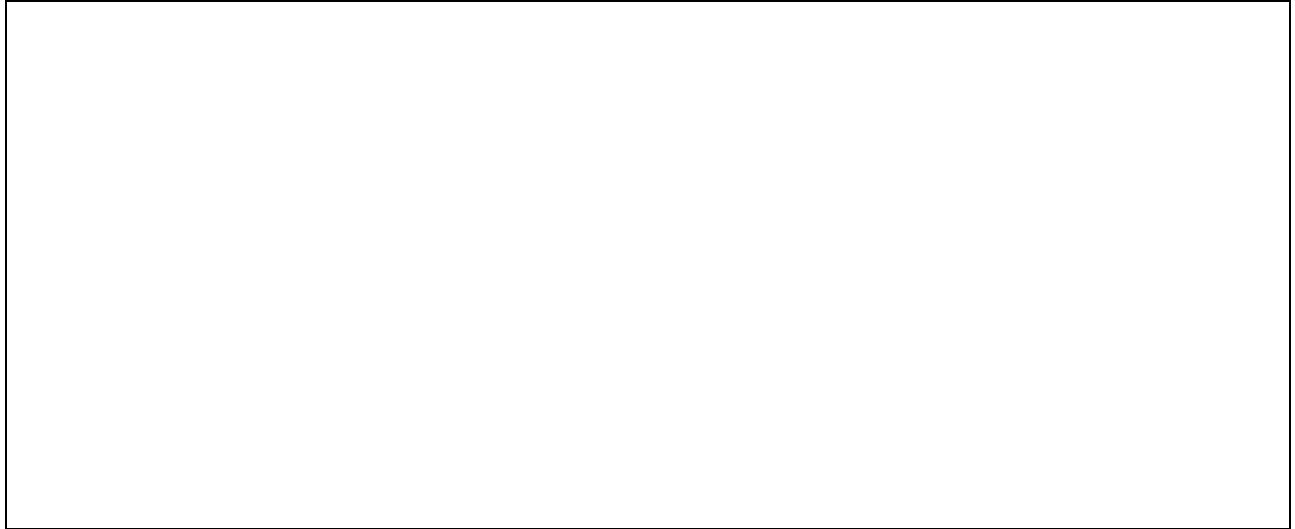
- ¿Cuáles cree usted que son los principales mitos y prejuicios que usted podría nombrar con respecto a la salud de los adolescentes hombres y mujeres?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question above.

- ¿Es pertinente decir que los hombres no son capaces de cuidar de su salud ni de la de otras personas de la familia? ¿Por qué?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the question above.

- ¿Por qué los hombres jóvenes y adultos deberían ser tomados en cuenta en la implementación de políticas públicas en salud y en específico en salud sexual y reproductiva?





## UNIDAD 4. LEGISLACIÓN Y FAMILIA EN CHILE DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO

### 1. Parentesco y familia: una visión antropológica

Desde disciplinas de las ciencias sociales como la antropología o la sociología, se constata que los modelos de la familia no son universales, es decir, que el modelo de familia nuclear que comprende a madre, padre e hijos biológicos no se encuentra en todas las culturas ni realidades sociales. Bien por el contrario, la antropología ha dado cuenta de una gran variabilidad de tipos de familias y de parentesco. De esta forma, se sostiene que los lazos biológicos no son la única forma en la que se constituyen las familias, el parentesco también está influido y constituido por la cultura. El parentesco se define como “el campo de ideas constituido por las creencias y expectativas que los parientes comparten entre sí” (Harris 1984: 282).

De acuerdo a Deliège (2006) el parentesco debe entregar una relación social relativamente estable y permitir a los sujetos situarse simbólicamente al interior de los grupos de pertenencia y en relación a otros grupos. Para el autor el parentesco se enraíza en la dimensión de lo simbólico con reglas y normas específicas culturalmente situadas. De este modo, las relaciones de parentesco ponen en relación a los individuos y a los grupos sociales. El parentesco también determina las reglas de herencia, privilegios, responsabilidades y derechos entre la parentela. Inclusive en muchas sociedades determina el lugar de residencia.

Siguiendo al mismo autor, se observa que la familia reposa sobre dos tipos de lazos: los **lazos de afinidad** o de alianza que se refieren al matrimonio; y los **lazos de filiación** entre ascendentes y descendientes, y la filiación por hermandad entre hermanos y hermanas. Lo que devela la antropología con respecto al parentesco son las distintas formas en que los lazos de afinidad y afiliación se organizan en las distintas culturas. Estas formas están normadas de las que también se desprende un lenguaje específico para nombrar a los parientes, un ejemplo, en otros idiomas no hay una palabra que denomine a los hermanastros o hermanastras, figura que si existe en nuestra sociedad.

Otros ejemplos de la etnografía muestran que en algunas culturas el padre biológico de un infante no ejerce el rol social de padre si no que le corresponde al tío, hermano de la madre. De modo que se vuelve pertinente distinguir el padre biológico que sería el “padre genitor” del “padre cultural”. Lo mismo para la madre, se diferencia a la madre genitora de la “madre cultural”.

Asimismo, las personas que son consideradas parte de la parentela no son las mismas en las distintas culturas. En algunos casos se consideran como los parientes de una persona sólo las que pertenecen al lado paterno (filiación unilineal patrilineal) o una de las filiaciones más comunes (cognaticia bilateral) que considera parientes de forma simétrica al lado materno, paterno, ascendente y descendente de una persona dada. Existen otros tipos de filiación aparte de estos dos ejemplos.

Con respecto a la filiación Harris (1984) puntualiza que se trata de las ideas, creencias y representaciones sobre las personas que van a cumplir el rol social de crear, gestar y criar a los niños y niñas. Es interesante comprender que todas las culturas a través de la historia tienen una explicación sobre la filiación, pudiendo o no coincidir con una visión biológica o científica de la procreación.

#### **Dos ejemplos de como varían las teorías sobre los roles procreadores en distintas culturas:**

1. Los ashanti de Ghana en África « creen que la madre sólo aporta la sangre, y que únicamente determina las características físicas del hijo. Su disposición espiritual y temperamento son, por el contrario, del semen del padre ».

2. Por otro lado, los trobriandeses de Papúa Nueva Guinea « profesan un famoso dogma que niega al semen cualquier papel en la procreación. Pero, también en este caso, la mujer queda embarazada cuando un niño-espíritu se introduce trepando, en su vagina. Sin embargo, el « padre » trobriandés desempeña un papel social esencial, puesto que ningún niño-espíritu que se precie se introducirá en una muchacha trobriandesa que no esté casada» (Harris 1984 : 284).

En lo que respecta a los lazos de afinidad o alianza, se postula que las familias son unidades domésticas de producción y reproducción independiente de su configuración particular. Si se piensa en las relaciones de afinidad institucionalizadas en el matrimonio, se observa que la asociación de sentimientos romántico-eróticos son un fenómeno más bien reciente en la historia. Históricamente las relaciones de alianza fueron sobre todo un contrato entre familias que como estrategia permitía salir del grupo, ganar territorio y preservar el patrimonio.

#### **Aclarando ciertos conceptos claves en temas de parentesco**

En una sociedad **matrilineal** la transmisión del estatus social, el nombre de familia y la riqueza se hace a través de la línea maternal. En una sociedad **patrilineal**, la transmisión se perpetúa por medio de la línea paternal

El término **matrilocal** se refiere a que la esposa va a habitar al lugar de residencia familiar del esposo. Por el contrario, en el caso **patrilocal** es el esposo que emigra hacia la ciudad o pueblo de la esposa.

Una sociedad **matriarcal** es la vez matrilineal y matrilocal. Una sociedad **patriarcal** es la vez patrilineal y patrilocal. Sobre este punto es importante comprender que pueden existir sociedades matrilineales o matrilocales pero esto no implica que las mujeres automáticamente se encuentren en una posición de poder ya que puede que los bienes y herencias se perpetúen por línea materna pero esto no implica que sean las mujeres las que reciban y administren dichos bienes económicos.

## 2. Constitución de la familia como explicación de la subordinación de las mujeres

Engels se plantea la pregunta acerca de los orígenes de la subordinación femenina al interior de la familia. Al igual que otros autores materialistas, postula que la subordinación de las mujeres no es universal. Este autor centró su análisis en lo que las mujeres y hombres hacen en las diferentes sociedades y períodos históricos (Cáceres 2008).

De acuerdo a Engels, en las sociedades primitivas, donde la producción y distribución de los recursos era supuestamente igualitaria, las mujeres gozaban de una mejor posición social y mantenían un status social equitativo en relación a los hombres. Esta situación hace referencia a una matrilinealidad presente en las sociedades no capitalistas. De acuerdo al autor, la productividad y el trabajo se basaban en relaciones recíprocas que no contemplaban la explotación. Por eso mismo, plantea que las mujeres eran consideradas miembros iguales y productivos de la sociedad, que desarrollaban el trabajo doméstico en condiciones de igualdad.

A medida que fue creciendo la producción y se desarrolló la propiedad privada, los hombres aumentaron su capacidad de poder en la familia y la sociedad. En este contexto, los hombres utilizaron su posición para sustituir las relaciones de parentesco matrilineales por la patrilinealidad, **impulsando con ello el patriarcado**. Junto con ello, la monogamia se estructuró como forma de organización familiar (Cáceres 2008).

Para Engels, la monogamia constituyó una suerte de esclavitud de las mujeres que dio origen a la jerarquización de género y propició la dominación masculina, ya que uno de los fines de la familia monógama era asegurar que la riqueza de los varones propietarios pasara exclusivamente a los miembros de su linaje, manteniéndose así el patrimonio familiar. En este contexto, las mujeres pasaban a ser meros instrumentos de procreación y renovación de vástagos, convirtiéndose en esclavas de los hombres (Martín 2008).

## 3. Representación de las familias en el Chile actual

En Chile, en la actualidad, desde un punto de vista jurídico se plantea que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de

conformarla. **El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia** (Constitución Política del Estado, Artículo 42).

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En tanto sistema sociocultural se caracteriza por ser dinámico, lo que quiere decir que está en constante transformación y relación constante con su entorno los que se influyen mutuamente (SENAME 2014).

### 3.1. ¿Qué tipo de familias es posible identificar en nuestra sociedad?

- Familia nuclear: padres e hijos (si los hay); también se conoce como “círculo familiar”;
- Familia extensa: además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines;
- Familia monoparental: en la que el/la hijo/a o hijos/a vive(n) sólo con uno de los padres;
- Otros tipos de familias: aquellas conformadas únicamente por hermanos o por amigos, donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros.

En la actualidad se observa la emergencia de nuevas formas de familia. **La idea de familia “tradicional” se ha visto cuestionada**, debido a los cambios que han ocurrido, y que han impactado las estructuras sociales, dentro de estas el modelo hegemónico de familia (Robles 2016).

Fenómenos como la urbanización, la incorporación de las mujeres al mercado laboral y el incremento de los niveles de educación serían algunas de las causas detrás del cambio de estructura familiar (Robles 2016). A lo anterior, se agrega la posibilidad del uso de métodos anticonceptivos que permiten a las mujeres decidir sobre su salud reproductiva y postergar la maternidad o inclusive tomar la decisión de no tener hijos e hijas.

Otro punto importante es la crítica de los movimientos feministas que cuestiona el concepto de familia, los roles de género de hombres y mujeres, y la división sexual del trabajo. Esto también ha contribuido a la **redefinición del modelo de familia nuclear heterosexual**. Es así como se está transitando desde una concepción de familia, asociada a la relación entre un hombre y una mujer, a la sexualidad, la procreación, la alianza y la filiación; hacia una que avanza a la emergencia de nuevas expresiones de familia.

A pesar de los cambios experimentados, aún persiste la naturalización de un prototipo de familia como el único modelo posible, lo que ha llevado a estigmatizar otras formas o

expresiones de familias, entre estas, a las **homoparentales**, es decir, a aquellas que están formadas por una pareja del mismo sexo.

Hay que entender estos cambios en la institución familiar como una **flexibilización de un modelo tradicional**, más que una crisis de la «institución familiar».

### 3.2. ¿Qué nuevos modelos de familia podemos encontrar en Chile hoy?

- **Homoparentales:** Parejas del mismo sexo que constituyen una familia. Puede ser a través de la adopción o inseminación artificial.
- **Familia Reconstituida:** Familias que se forman en base a los hijos de matrimonios o relaciones anteriores.
- **Adoptivas:** Padres y madres que deciden adoptar hijos, por razones biológicas o emocionales.
- **Migrantes:** Núcleos compuestos por padres y/o madres de distintas nacionalidades.
- **Paternidad y maternidad sobre los 40 años:** Familias que gracias a la reproducción asistida pueden ser padres luego de pasar las barreras etarias definidas culturalmente para la reproducción.

#### **Algunas cifras actuales sobre familia en Chile desde los resultados del Censo 2017 (INE 2018), Censo 2012 (INE 2013) y la encuesta Casen 2015 (Ministerio de Desarrollo Social 2016)**

- La cantidad de hogares aumentó a 5.651.637, mientras que el número de miembros de los hogares disminuyó, pasando de 4,4 personas, en 1982, a 3,1 en 2017.

- Entre 2002 y 2017 aumentó la cantidad de hogares unipersonales, pasando de 11,6% hace 15 años a 17,8% actualmente. De ese porcentaje, el 53,7% son hombres y el 46,3% mujeres.

- En cuanto a jefatura de hogar, el 58,4% del total es hombre y el 41,6% mujer. Otro dato que destaca el INE es que en los hogares nucleares monoparentales, el 84,9% de las jefaturas son mujeres.

- El promedio de hijos que las mujeres han tenido a lo largo de su vida fértil (15 a 49 años) se ha reducido en el tiempo. En el Censo 2017 la media fue 1,3, mientras que en el Censo 2002 se situó en 1,6 hijos por mujer.

- El 2,7% de la población chilena está compuesta por personas migrantes, lo que equivale a 465.319 personas, y un 30% de este total son originarios de Perú. En segundo lugar se encuentran los inmigrantes de Colombia, que representa al 13,6% y Argentina con un 11,9%.

- Miles de parejas conviven en Chile, y han construido su vida al margen del matrimonio, y no gozan de un estatuto de protección propio. De estas 2.078.727 parejas de convivientes de distinto sexo y 34.976 parejas de convivientes del mismo sexo.

#### 4. Derecho de Familia en Chile

“El Derecho de familia es la rama del Derecho civil que más transformaciones ha experimentado desde la promulgación del Código civil el año 1855, hecho que responde a los profundos cambios que ha experimentado la «institución familiar» en el transcurso de los años” (Arancibia y Cornejo, 2014: 279).

**Dentro de las llamadas “leyes laicas” se encuentra la primera ley de matrimonio civil en Chile**, caracterizada por dos importantes elementos: mientras, por una parte, su aprobación implicaba una ruptura con la tradición, ya que en el futuro solamente sería protegida la pareja que contrajese matrimonio ante el oficial del registro civil; por otra, la ley estaría construida sobre las mismas bases que la regulación canónica, hecho que queda gráficamente expresado en el carácter indisoluble que tendría el vínculo matrimonial hasta el año 2004.

Siguiendo a Arancibia y Cornejo (2014), durante todo el transcurso del siglo XX se generaron una serie de reformas en el Derecho de familia las cuales se resumen a continuación:

- Se permitió a los esposos pactar el régimen de separación total de bienes, reforma que implicó un profundo avance frente a la situación vigente hasta la fecha, en que la sociedad conyugal aparecía como un régimen necesario.
- Otra reforma que fue introducida, y que mejoraría en algo la posición del hijo nacido fuera del matrimonio que hubiera sido reconocido por su padre, sin llegar a equipararlo con el hijo legítimo. (Ley N° 10.271 de 2 de abril de 1952).
- A partir del año 1989, el proceso de modernización del Derecho de Familia chileno tomaría un nuevo y definitivo impulso: la igualación de los cónyuges y el fin de la incapacidad relativa que afectaba a la mujer casada en sociedad conyugal ( Ley 18.802 de 1989).
- Posteriormente se eliminó la distinción existente entre hijos legítimos, ilegítimos y naturales, reconociendo los mismos derechos para todos ellos, con una prescindencia casi absoluta acerca de cuál sea el marco que rige la relación de pareja de los progenitores (Ley 19.585, año 1998).
- Un importante paso en la actualización del Derecho de Familia chileno sería el reconocimiento del divorcio vincular, estableciéndose las condiciones para la procedencia del divorcio, esto es, por cese de la convivencia, y en los razonables plazos estipulados para su procedencia (tres años cuando sea solicitado de manera unilateral por uno de los cónyuges, un año cuando se trate de una petición conjunta de los cónyuges (Ley 19.947, año 2004).
- El Acuerdo de Vida en Pareja del año 2015 regula las relaciones de pareja por la vía de la creación de una nueva institución, paralela y distinta del matrimonio, con el fin de proveer a las personas que deciden conformar un proyecto de vida en común de un

marco destinado a regular las consecuencias patrimoniales de su relación (Ley 20.830, año 2015).

- Se incorpora en el Derecho en Chile el concepto de "corresponsabilidad parental", donde el énfasis está puesto en *el interés superior del niño*, en virtud del cual "ambos padres, vivan juntos o separados, participarán en forma activa, equitativa y permanente en la crianza y educación de los hijos" en términos tales que parece restringir el antiguo concepto de cuidado personal a un elemento más bien de carácter material, referido a quien vivirá de manera regular con el niño y lo tendrá bajo su cuidado directo (Ley 20.680, junio 2013).

De acuerdo a lo visto hasta ahora, se puede afirmar que se ha transitado desde una concepción de "familia" señalada como un vínculo entre un «hombre y una mujer», a una que incorpora y reconoce la unión entre personas del mismo sexo. Por otra parte, se han reconocido los derechos de los hijos e hijas, amparados en el principio de igualdad ante la ley. Finalmente se observa la flexibilización en los roles de género, asumiendo que el cuidado de los hijos e hijas pueda ser compartido tanto por la madre como por el padre, señalado como "corresponsabilidad parental".

## 5. Definición de algunos enfoques utilizados en la intervención con familias

**Enfoque Territorial:** es un enfoque que se basa en la proposición del territorio como un escenario socialmente construido que tiene características espaciales, económicas, que le dan identidad a sus habitantes. En tal marco, resulta necesario identificar e incluir a los actores relevantes, sus roles, funciones, recursos materiales y simbólicos, y los niveles de integración y tipos de relaciones que establecen. Dentro de los actores están «las familias».

- **Enfoque Familiar:** Este enfoque tiene presente los cambios que ha experimentado la familia en las últimas décadas, y sus aspectos materiales y simbólicos. En lo particular se centra en identificar el tipo de familia con la que se trabajará, su historia, las personas que conforman a ese grupo familiar, a que se dedican, las relaciones entre sus integrantes, las personas significativas, los afectos, etc.

- **Enfoque de Género:** Considera la división sexual del trabajo y las normas y roles que definen las jerarquías al interior de las familias, con el propósito de poder identificar las necesidades e intereses de hombres y mujeres, niños y niñas, de manera tal que sea posible el desarrollo de estrategias diferenciadas. El fin último es alcanzar la **equidad de género**.

**Una intervención, puede tener desde un punto de vista de género distintos efectos:**

- **Negativos**, aumentando las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y por lo tanto, contribuyendo a aumentar las brechas existentes entre ambos.
- **Neutros**, manteniendo las diferencias entre los géneros, legitimando la inequidad y la perpetuación de la discriminación.
- **Positivos**, cuestionando y modificando los roles de género y las situaciones de discriminación existentes, lo que contribuirá a mejorar la situación de desigualdad de las mujeres y las niñas.

Es por esto que es primordial planificar detenidamente las intervenciones familiares y reflexionar sobre el impacto que puede producir el enfoque al cual se adscribe. Finalmente un elemento importante de resaltar en vista de contextos de vulnerabilidad social de las familias a intervenir, es el de “promover autonomía desde un lugar de poder para no autoperpetuar la impotencia y la dependencia asistencial, (lo que) es una tarea compleja y central de este trabajo» (SENAME 2014:11).



## ACTIVIDAD 7

De acuerdo a lo revisado sobre la temática de familias y la legislación, reflexione en torno a las siguientes preguntas:

1. ¿De acuerdo a su experiencia laboral con NNA, observa una evolución respecto a las familias y sus formas de expresión y comportamiento en las últimas décadas?
2. ¿En su contexto laboral se ha encontrado con barreras de tipo legal al trabajar con familias?
3. ¿De qué manera los cambios experimentados por la conformación de las familias en términos jurídicos y sociales, inciden en la intervención que usted realiza?
4. ¿De qué manera el enfoque de género nos permite abordar la intervención con familias?
5. ¿Con qué herramientas metodológicas cuenta para abordar esta realidad a nivel local?

## UNIDAD 5. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

### 1. Miradas para abordar la niñez y la adolescencia

El último reporte de niñez de las Naciones Unidas del 2016 (Estado Mundial de la Infancia 2016: una oportunidad para cada niño) entrega información crítica acerca de la importancia de nacer y crecer en un espacio familiar, comunitario y socio-cultural estable, seguro y que ofrece oportunidades de crecimiento sano y permanente (Cabieses et al 2017). Esta recomendación es en muchos contextos olvidada y la población infantil se ve expuesta a una serie de riesgos que los sitúan en una posición de vulnerabilidad social. Esto se debe a que la población infantil se halla en muchas ocasiones en una situación de invisibilidad y olvido. Como sostiene Salazar, los niños -se cree- no hacen historia, como si estuvieran al margen de los procesos en los que participan activamente los adultos. Dice el autor de manera crítica: como que están por ahí, fuera de todo, jugando o esperando. Inocentes, sin comprender. Les falta experiencia para comprender, conceptos para opinar, sabiduría para decidir. No pueden ser todavía ni sujetos históricos ni ciudadanos (Salazar 2006).

Sostiene Salazar *“la historia no es un secretillo de adultos, sino una realidad movediza y envolvente que baña a los adultos lo mismo que a los niños; aunque, tal vez, de distinta manera”* (Salazar 2006:131).

La definición de la primera infancia varía en los diferentes países dependiendo de sus tradiciones locales y la forma de organizar los ciclos de educación. Hay países donde se abarca hasta los 4 años, y otros hasta los 7. De acuerdo a UNICEF y siguiendo la propuesta del Comité de los Derechos del Niño, la primera infancia desde la gestación, pasando por el nacimiento, hasta los 8 años de edad (<http://unicef.cl/web/primera-infancia/>).

La primera infancia o infancia temprana es una etapa crucial para el desarrollo de los niños y niñas. Por ello es fundamental asegurarles, desde el inicio de sus vidas, adecuadas condiciones de bienestar social, una apropiada nutrición, acceso a servicios de salud oportunos y una educación inicial de calidad, así como fomentar el buen trato y el cuidado de sus familias y de la comunidad donde habitan (<http://unicef.cl/web/primera-infancia/>).

A pesar de estas recomendaciones, Chile es uno de los países con mayor prevalencia en casi todos los síndromes y trastornos de salud mental evaluados en la primera infancia (Lecannelier 2016). Frente a esto existen escasas políticas y programas que se hagan cargo de esta situación. Si bien está demostrado que el periodo de la infancia temprana (0-6 años) es un periodo fundamental para el desarrollo humano, existe un patrón de negligencia en nuestra sociedad con respecto a esta etapa de desarrollo de los seres humanos, situación que se exacerba en el caso de la infancia en situaciones de alta vulnerabilidad y riesgo (Lecannelier 2016). Lecannelier sostiene que las razones para explicar esta paradoja son varias, entre ellas:

- **Culturales:** la idea colectiva que la infancia debe ser un periodo libre de sufrimientos y problemas, por ende, existe una negación de las dificultades que se producen en esta etapa;
- **Históricas:** debido a las altas tasas de mortalidad infantil ocurridos en la historia humana, la importancia de los primeros años no ha sido una estrategia adaptativa a considerar
- **Nivel teórico/científico:** por muchos años se postuló que la primera infancia presentaba desarrollos muy precarios e inmaduros.
- **Negación del trauma infantil temprano:** ha existido una tendencia a negar y/o normalizar dificultades, problemáticas y riesgos en los niños y niñas (Lecannelier 2016).

La adolescencia por su parte es un proceso altamente variable que muestra diferencias y especificidades derivadas de factores como el sexo y etnia de él y la adolescente, del ambiente en que se produce (nivel socioeconómico y educacional, cultural, entre otros), del género, la religión, entre otras variables sociales y también individuales propias de cada ser. De esta manera, si bien no existe uniformidad en la terminología utilizada para designar esta etapa de la vida, se suelen identificar tres etapas de desarrollo durante esta fase: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) (Minsal 2011).

En Chile, de acuerdo a los datos entregados por el último Censo realizado en el año 2017, la población adolescente del país (entre los 10 y 19 años de edad) es de 2.392.112 personas. Un 3% de dicha población corresponden a adolescentes nacidos fuera del país (INE 2017).

## 2. Enfoques para abordar a la población adolescente

Existen diferentes enfoques o paradigmas desde donde abordar a la población adolescente. Por una parte, los enfoques tradicionales entienden la adolescencia como un periodo preparatorio, en la que los individuos tienen como objetivo final de esta fase del ciclo vital el prepararse para ingresar al mundo adulto. Este enfoque tiende a invisibilizar los contenidos propios de la adolescencia y, por ende, niega el reconocimiento de los y las adolescentes en tanto sujetos sociales y de participación en la toma de decisiones. Estas miradas sobre la adolescencia se basan en supuestos **adultocéntricos**, es decir, en posiciones centradas en las creencias y valoraciones de los adultos, lo cual fomenta una relación asimétrica y tensional de poder entre adultos y adolescentes (Krauskopf 2015).

Las visiones adultocéntricas facilitan el que la adolescencia sea comprendida principalmente desde conductas disruptivas entendidas como comportamientos de riesgo o peligro, entre ellas,

sexualidad problemática, embarazo no planificado, delincuencia, consumo y tráfico de drogas, deserción escolar, entre otros aspectos negativos (Krauskopf 2015). Esto conlleva el que las acciones dirigidas hacia los y las adolescentes se centren en la prevención y eliminación de los problemas o peligros a los que se ven expuestos, más que en el fomento de su desarrollo integral (Krauskopf 2015). De acuerdo con Le Breton, la expresión de “comportamientos de riesgo” pertenece al vocabulario de la salud pública, es una noción estadística y sociológica, que deja de lado la percepción de riesgo, o la noción misma del riesgo que emerge desde el mundo adolescente. El autor sostiene que el término de comportamientos de riesgo está desfasado de la experiencia del adolescente, ya que para ellos/as la cuestión central no es el riesgo, sino el sufrimiento del que buscan salir (Le Breton 2012).

Los comportamientos de riesgo de los y las adolescentes se producen y se significan en un contexto social marcado por la noción de riesgo, y por una sensación de vulnerabilidad donde el riesgo es una forma de adversidad medible en el campo de la salud, la política, la producción industrial de los alimentos, entre otros. En este contexto social del riesgo, desde los ámbitos de salud adolescente suelen predominar políticas reactivas y reduccionistas que se ocupan del riesgo y la trasgresión juvenil, dando paso a la visión de la juventud como una etapa problemática, con un énfasis estigmatizante sobre la población adolescente donde la causa última de las patologías juveniles se atribuyen al propio sujeto juvenil, por lo que las intervenciones generalmente priorizan las acciones sobre los individuos más que sobre los contextos.

### **3. Nuevas miradas sobre la adolescencia**

En los últimos años las políticas públicas dirigidas a adolescentes están integrando cada vez con más fuerza enfoques participativos y de derechos para abordar a esta población. Esto se da en un contexto social donde los y las adolescentes están dejando de ser definidos desde sus incompletitudes y pasando a ser considerados sujeto de derechos. Estas corrientes corresponden a paradigmas que plantean que la juventud no existe como tal sino más bien lo que existe son las juventudes, es decir, diversas expresiones y significados que emergen desde un grupo social y que se expresan de las más variadas formas (Obach y Sadler 2018). Bajo estos enfoques, para la comprensión de las juventudes se integran las diversas dimensiones que componen la identidad de los sujetos, entre ellas, clase, género, religión, etnia, estilos culturales y particularidades de los subgrupos etarios que componen a los y las adolescentes. Estas perspectivas permiten comprender la adolescencia de manera dinámica, alejándose de la mirada reduccionista de la adolescencia solo en términos de transición de la niñez a la edad adulta. Cabe destacar que la visión de la adolescencia como transición se complejiza aún más en los tiempos actuales, donde los estadios de la adolescencia y juventud tienden a prolongarse producto de las grandes transformaciones relacionadas con el modelo económico social imperante, dentro del cual la

entrada al mercado del trabajo lleva más tiempo que antes, lo que produce en los y las adolescentes una dependencia económica hasta etapas más avanzadas de la vida. Junto con esto, la pubertad pareciera estar apareciendo a edades más tempranas que en épocas anteriores, habiendo una conciencia temprana de la sexualidad, lo que se traduce en conductas y corporalidades específicas de esta época, diferenciadoras de otros tiempos (Obach y Sadler 2018).

Estas nuevas perspectivas para comprender y significar la niñez y la adolescencia surgen al alero de los avances internacionales en materia de derechos como lo es la **Convención de los Derechos del Niño** del año 1989, a través de la cual se crean las condiciones para establecer que NNA tienen derechos a la ciudadanía. Además, el impacto de la globalización ha permitido una redefinición en la configuración de la adolescencia y la juventud. Los medios de comunicación y los movimientos migratorios, entre otros procesos sociales, han favorecido el diálogo entre distintas formas de expresar las identidades juveniles, entendiendo que el desarrollo de éstas se sitúa en contextos y culturales particulares.

#### **4. La construcción cultural de la niñez y la adolescencia**

Margaret Mead, en las primeras décadas del siglo pasado, daba cuenta de las diferencias en la construcción cultural de la adolescencia. La autora sostuvo que los cambios fisiológicos de la adolescencia no bastan para explicar las dificultades por las que atraviesa este grupo en el mundo occidental, sino que la facilidad o dificultad de dicha transición debe atribuirse al marco cultural en que los y las adolescentes se desenvuelven. Mead hacía referencia a sus estudios en Samoa para mostrar que en dicha cultura los adolescentes se construyen en base a la libertad sexual, la ausencia de responsabilidad económica, y la falta de toda presión sobre las diferencias; mientras que en el mundo occidental la adolescencia se vive de manera muy diferente, caracterizada por una expresión sexual restringida y postergada en comparación a sus pares en Samoa (Mead 1990). Cabe destacar que, en el mundo occidental, la adolescencia como categoría fue *inventada* al principio de la era industrial, siendo democratizada alrededor del 1900, cuando diversas reformas en la escuela, el mercado de trabajo, la familia, las asociaciones juveniles, entre otras, permitieron que surgiera una nueva generación, caracterizada por ser consciente de poder crear una cultura propia y distintiva, diferente a la de los adultos (Leccardi y Feixa 2011). Esto marca un hito respecto a eras anteriores, y otorga un protagonismo a los y las adolescentes nunca antes visto, haciéndolos actores centrales en hitos históricos relevantes como diversas reformas, revoluciones, guerras, tiempos de paz, el rock, el amor, las drogas, la globalización, o movimientos como la antiglobalización, entre otros (Leccardi y Feixa 2011). A la vez, esta categoría de adolescencia sitúa a los/as adolescentes como sujetos partícipes de un colectivo juvenil, que se posiciona principalmente desde lo moderno urbano, en estrecho vínculo con la

producción cultural y el consumo, y por existir en una suerte de estado de moratoria social, es decir, dejar las labores de subsistencia de lado y tener un lapso concedido para experimentar con una gama de oportunidades, un tiempo de ensayo y error que permite probar diversos roles y que facilitaría la construcción de la identidad de los sujetos.

## **5. Estigma y discriminación en adolescentes**

El estigma se define como una marca, signo distintivo sobre el que se elabora una construcción social, generalmente negativa, que pone en una situación de desventaja a quienes se les asigna. La estigmatización en este marco es el fenómeno desacreditador que se produce al exagerar un rasgo en una persona o grupo social. También se entiende como el acto de atribuirle a una persona o grupo una conducta o forma de reacción de manera exclusiva y como parte de su componente identitario, aun cuando otros también lo posean o sean susceptibles de manifestarlo (Goffman 2006, Krauskopf 2015).

El estigma construido sobre los/as adolescentes se ha elaborado a través de la imagen de este grupo como tendiente al desarrollo de conductas que los ponen en riesgo. Esto genera una discriminación sobre este grupo social al sobredimensionar el riesgo en razón de su edad, a pesar de que este sea compartido por otros grupos sociales. Este estigma impacta con mayor fuerza a adolescentes de sectores populares y marginales, a adolescentes indígenas y migrantes, toda vez que dichas condiciones son sinónimo de estar en riesgo, de un conflicto latente, de pertenencia a un grupo generador de problemas relacionados con el ejercicio irresponsable de la sexualidad, la violencia, la delincuencia, la drogadicción (Goffman 2006, Krauskopf 2015).

Los abordajes de *riesgo o peligro*, predominantes desde el área de la salud para abordar a adolescentes, perpetúan y reproducen la estigmatización y discriminación sobre este grupo (10). En este contexto, cuando los/as adolescentes acceden a los servicios de salud, frecuentemente experimentan estigmatización por parte del personal de salud, situación especialmente problemática para algunos grupos específicos, entre ellos, las adolescentes embarazadas (Geibel et al 2017). Esto genera múltiples barreras para el acceso a los servicios de salud en adolescentes y jóvenes.

## **6. NNA inmigrantes: una realidad invisible**

Los niños y jóvenes migrantes internacionales enfrentan diferentes retos en salud en comparación con la población local, en particular si se enfrentan a ambientes inseguros o a condiciones sociales adversas. Temas tales como falta de acceso a atención médica y a servicios sociales, así como la exposición a barrios inseguros o a contaminantes son factores de riesgo para su salud. Además, el proceso de migración es una fuente de varios factores de estrés psicosocial, ya que la migración implica separación de la familia y la cultura. Estos factores de riesgo se

traducen en resultados adversos para la salud de los niños migrantes internacionales (Cabieses et al 2017).

Esta conceptualización de la adolescencia deja fuera a quienes viven esta etapa de sus vidas de manera diferente, ya sea por circunstancias personales o de sus contextos sociales específicos. Tal es el caso, por ejemplo, del sujeto adolescente migrante. En la actualidad se reconoce que la migración de la población adolescente y joven implica dinámicas y problemáticas particulares que han sido en su gran mayoría invisibles, tanto en el desarrollo académico como en las intervenciones específicas con sujetos migrantes. Esta invisibilización se debe en parte al hecho que los procesos de migración suelen situar al sujeto adolescente en un lugar que no es el espacio tradicional de la construcción juvenil occidental. Tal como se mencionó anteriormente, la construcción de la adolescencia y juventud en occidente está asociada principalmente a un estado de moratoria que se desarrolla en contextos urbanos, modernos, en donde prima el vínculo con la industria cultural. Para el caso de los y las adolescentes migrantes, su condición de juventud es invisibilizada ya que, en muchas ocasiones, el proceso de movilidad los aleja del estado de moratoria y los sitúa en una posición que los vincula más con el mundo adulto, que con los estereotipos tradicionales de adolescencia y juventud, ya sea por su entrada al mundo laboral, o por la conformación temprana de familias que se da en adolescentes inmigrantes. Esto se ve claramente reflejado en el caso de Chile donde, de acuerdo con datos de la encuesta Casen 2015, la población de casados y convivientes es significativamente mayor en la población inmigrante internacional de entre 15 y 29 años, en comparación con la población nacional (Obach et al 2018).

## **7. NNA de Pueblos Originarios**

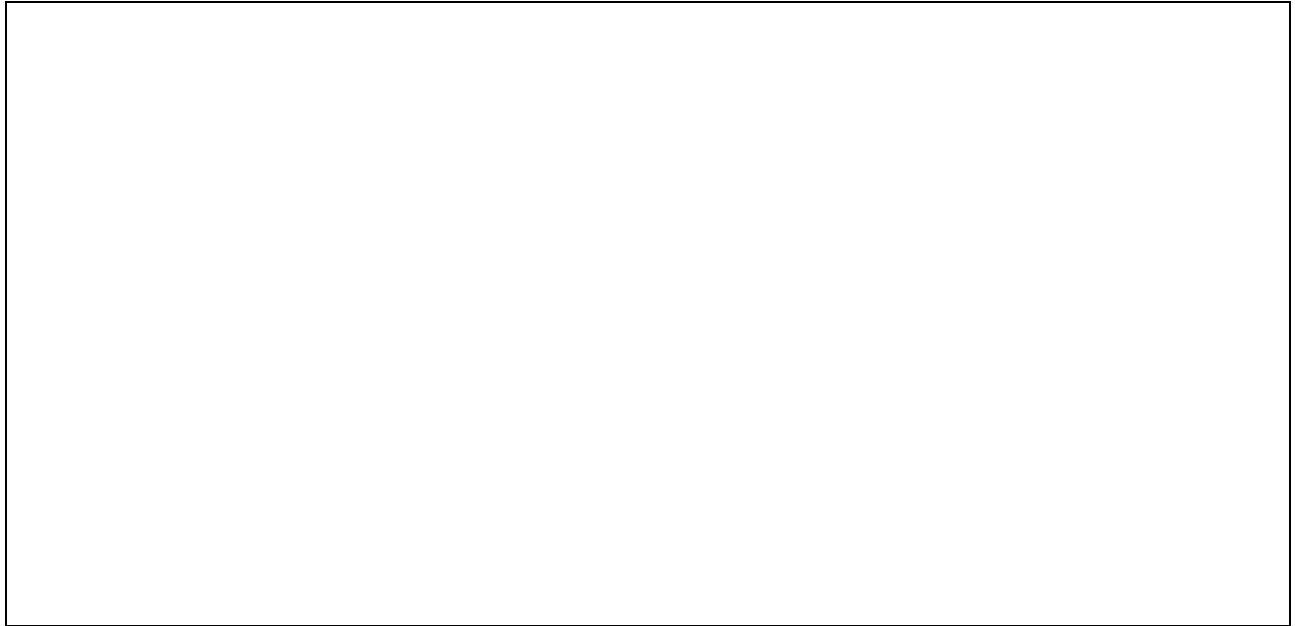
Otro grupo que presenta diferencias respecto a sus procesos de construcción y categorización del ciclo vital es el de los pueblos originarios. Esta diferencia se debe tanto a factores culturales como a procesos de estigma y discriminación que vive la población adolescente indígena. Una de las consecuencias de estos hechos están relacionados con la salud mental de la población indígena, ya que presentan una mayor incidencia en problemas de salud mental y suicidio, situación que se agudiza entre los jóvenes indígenas (Pedreros 2010). De acuerdo a datos de las encuestas nacionales de juventud, existe una vinculación entre la percepción de discriminación que sienten los y las jóvenes indígenas con factores que en el imaginario social se vinculan con la etnicidad (como por ejemplo, el color de piel). La percepción de discriminación por condición de etnicidad aparece como un elemento de importancia para los propios jóvenes que declaran pertenecer a algún pueblo indígena. Pedreros (2010) asocia los altos índices de problemas de salud mental y de suicidio en jóvenes indígenas con la violencia estructural a la que estarían sometidos, entendida ésta como “la opresión sistemática causada por la pobreza, racismo y sexismo” (Pedreros 2010:1). De acuerdo a la autora, varias investigaciones asocian la violencia

estructural con altas tasas de depresión, alcoholismo, suicidio y violencia que existen actualmente en los pueblos indígenas, y se ha demostrado que impactan principalmente en los jóvenes y que “podrían estar en la base de la mayor prevalencia de problemas mentales que presentan hoy día los jóvenes indígenas respecto a sus mayores y de sus pares no indígenas” (Pedreros, 2010:1). La autora destaca la falta de información que existe sobre jóvenes indígenas en América Latina, además de los escasos estudios sobre suicidios en estos pueblos en toda la región. A pesar de este vacío, sostiene que las cifras revelan que existe una mayor mortalidad por suicidio en indígenas respecto a los no indígenas, y que la incidencia en este tipo de muertes en jóvenes está aumentando (Obach 2016).

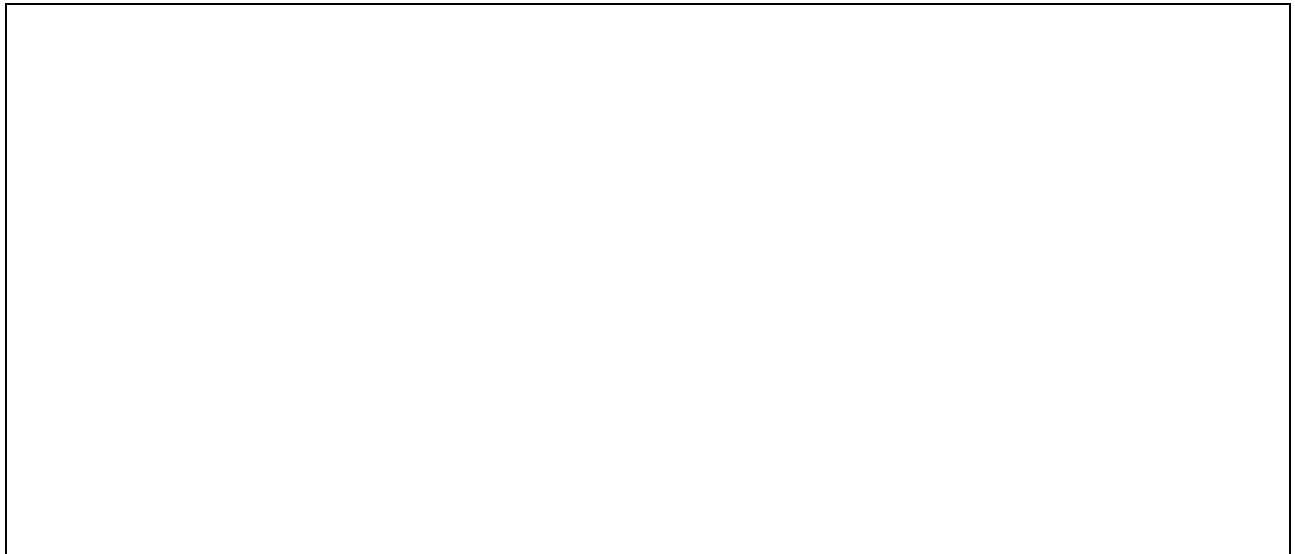


## ACTIVIDAD 8

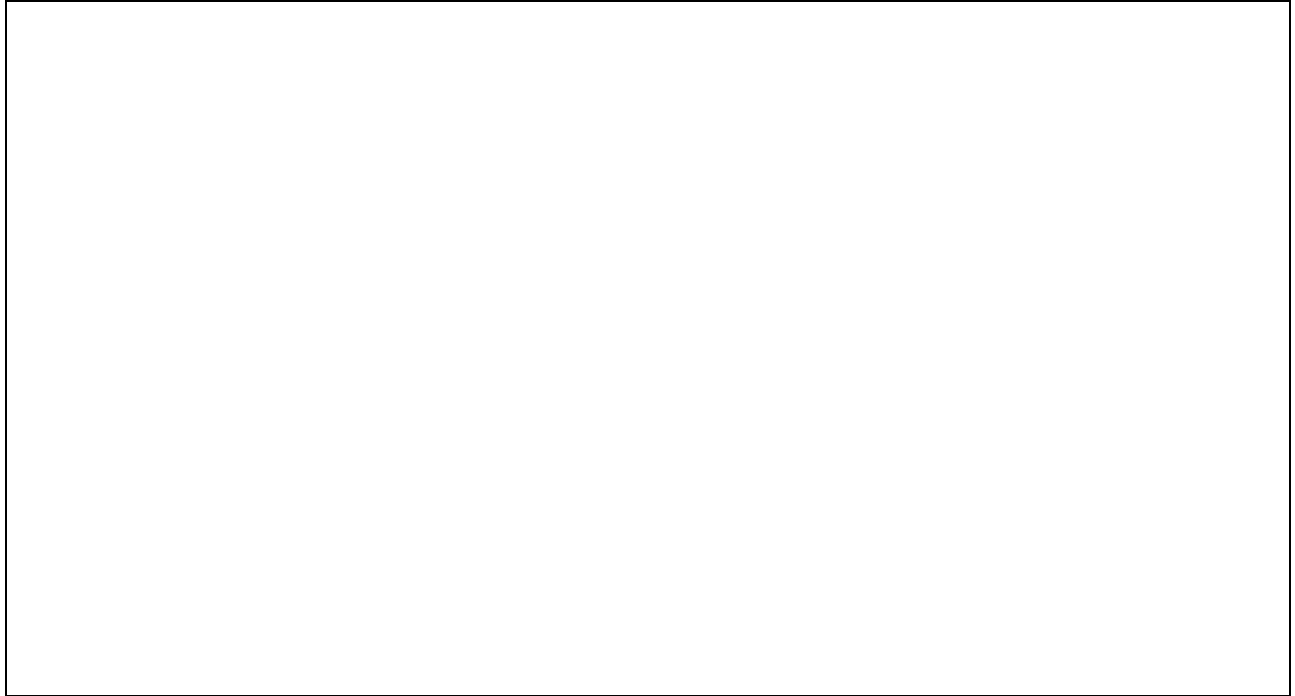
- Contrastando lo leído en la unidad con su experiencia laboral ¿Cuál cree usted que es la mirada que existe sobre la niñez y la adolescencia en su lugar particular de trabajo? ¿Podría describirla?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the first question.

- De acuerdo a su experiencia laboral ¿puede nombrar características y/o situaciones vividas con adolescentes que desafíen al estigma de la adolescencia como factor de riesgo?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to the second question.

- ¿Qué es lo más difícil según su experiencia en el trabajo con la población NNA ¿Y las facilidades?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide their answer to the question above.

- ¿Existe diversidad al interior de la población de NNA con la que usted trabaja en cuanto a clase social, etnicidad, orientación sexual u otras variables? Si es así ¿usted y su equipo de trabajo han generado estrategias de atención diferenciada? ¿Son estas necesarias?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide their answer to the question above.

## UNIDAD 6. DIVERSIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES.

La diversidad es una característica intrínseca y fundamental de los seres humanos. Tal y como se ha revisado a lo largo de esta guía, la diversidad sexual es también parte de los aspectos que conforman las identidades y las experiencias de los sujetos en mundo. En la *Unidad 1. Género: conceptos esenciales* se reflexionó acerca del género como un constructo social que se plasma en roles, estereotipos y comportamientos que cada cultura y sociedad va a modular en torno al binomio femenino y masculino. Esto también comporta símbolos, imágenes e ideas. Sin embargo, este binomio no es suficiente para dar cuenta de la complejidad de la identidad de género, las expresiones de género y la orientación sexual de las personas.

### 1. Algunas definiciones

De acuerdo a la ONG Todo Mejora:

- **Sexo biológico** “Se refiere a la configuración reproductiva, genética, genital, hormonal y cromosómica que distingue a las personas como machos, hembras o intersexuales” (2017:39). Esto quiere decir que los genitales que son lo que comúnmente se tiende a identificar como sexo biológico y erróneamente como género, son solo una parte de lo que conforma el sexo biológico.
- La **intersexualidad** hace referencia a una persona que presenta características corporales genitales, cromosómicas u hormonales que hacen difícil su categorización en el binomio biológico hombre o mujer. El término hermafrodita tal como los activistas y disidentes por la diversidad sexual lo mencionan, no se utiliza actualmente y resulta ofensivo. De acuerdo a Agramonte, Ledónm Fabré et al. (2013) si bien las personas intersexuales tienden a ser ocultadas o no visibilizadas en la sociedad, la biomedicina ha tenido un gran peso en cuanto a su atención aunque no siempre desde una óptica positiva; en 2006 se propuso el término de trastornos del desarrollo sexual (ADS en inglés) que conceptualiza lo intersexual como atípico y por lo tanto anormal. Actualmente se aboga por el término de **desarrollo sexual diferente (DSD)**, un término médico más inclusivo y menos estigmatizante.
- La **orientación sexual** en términos simples “se refiere a quién sientes atracción física, emocional y romántica” (Todo Mejora 2017). De este modo en esta dimensión se comprenden las orientaciones heterosexuales, es decir, quienes se sienten atraídos por personas de distinto sexo o género; homosexuales, quienes se sienten atraídos por personas del mismo sexo o género; y bisexuales, quienes se sienten atraídos por ambos.

- La **pansexualidad** es una orientación sexual en la que las personas se sienten atraídas de manera romántica o sexual por otras personas que comportan la totalidad del espectro de identidades y expresiones de género, no sólo por hombres y mujeres como las personas bisexuales. En todo caso, el debate sobre la pertinencia de diferenciar la bisexualidad de la pansexualidad es un debate que se mantiene abierto y en construcción (Todo Mejora 2017).
- La **identidad de género** es la “vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente. Por ejemplo, tengo sexo biológico de mujer, sin embargo soy y me siento hombre” (Todo Mejora 2017). Esto abarca desde la identidad de ser mujer, pasando por las identidades no binarias, y la identidad masculina.
- La **expresión de género**, “cómo muestras tu género a través de la manera en que actúas, vistes e interactúas” (Todo Mejora 2017). Se puede pensar en las expresiones femeninas, andróginas y masculinas. Un punto importante a destacar es que las expresiones de género son culturalmente situadas, esto quiere decir que lo que se identifica como típicamente masculino y típicamente femenino no es universal y puede variar según la sociedad y el momento histórico al que hagamos alusión. Influyen en esto múltiples dimensiones como la religión, la ética, la política, etc.

#### **Algunas cifras del INJUV sobre la población LGBTI joven en Chile:**

- El 3,8% de los jóvenes entre 15 y 29 años se declara lesbiana, gay o bisexual
- El 2,2% de la juventud se declaró homosexual
- El 1,6% bisexual
- El 1.6% en exploración
- En tanto, el 11,3% no respondió
- El 82,9% dijo ser heterosexual

Fuente: VII Encuesta Nacional del INJUV en Movilh (2017: 21).

Todas las dimensiones anteriormente explicadas no son dependientes entre sí, lo que quiere decir que el sexo no determina a la identidad de género ni a su expresión ni viceversa.

## 2. Población LGBTI

Las siglas **LGBTI** y sus variantes como **LGBTQIP**, agrupan a las diversidades sexuales que salen de la norma heterosexual y del binarismo. Las siglas significan: lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, *queer*, intersexuales y pansexuales. De acuerdo al Movilh, esta sigla tiene “acepciones cuantitativas y sociopolíticas. En el primer caso hace referencia al hecho de que la población LGBT es menor a la heterosexual, mientras que en el segundo resalta que la diversidad sexual tiene menos derechos que la mayoría de las personas sólo producto de la discriminación y los prejuicios” (Movilh 2010: 8)

Sobre lo **trans**, se hace distinción entre conceptos que comúnmente se confunden: el término **transexual** se refiere al gran conjunto de personas que transitan de una identidad a otra ya sea en términos de género o en términos de sexo y las que no se sienten identificadas con su sexo o con su género de nacimiento asignado socialmente. El concepto de transexual entonces incluye a mujeres trans, aquellas que van desde una identidad masculina a una femenina y hombres trans que transitan desde una identidad femenina a una masculina.

Lo transexual de acuerdo al Consejo Nacional de la Infancia “son personas que no se sienten afines y conformes con el sexo asignado al nacer. A cualquier edad y desde muy temprano, las personas transexuales pueden mostrar su inconformidad con el sexo asignado al nacer, en contraste con la identidad que tienen con su sexo” (2016:12). No obstante hay otras posturas que explican que el término transexual ya no es atinente y que es preferible hablar de **identidades trans**, para los casos en que las personas deciden someterse a procedimientos e intervenciones médicas y psicológicas. No todas las personas trans pasan por estos procedimientos.

Respecto a lo **travesti** y al **transformismo**, que son diferentes a lo trans, lo primero se refiere al “uso de vestimentas distintas a las del sexo con que se identifican las personas y es considerado un especie de fetichismo. Es decir, se usan vestimentas distintas al sexo sólo por placer o curiosidad y no por sentir que se nació en un cuerpo equivocado” (Movilh, 2010: 10). Por su parte, el transformismo es una “expresión artística donde una persona asume para un espectáculo un rol o identidad de género distinta a la que le corresponde. En Chile es común ver a animadores o comediantes de televisión ejerciendo el transformismo” (Movilh, 2010: 10).

Otro término más reciente es el de **cisgénero**, que alude a las personas que si se identifican con el sexo biológico y la orientación y expresión de género determinada y esperada culturalmente, por ejemplo una persona que tiene pene, se identifica como hombre y se comporta dentro del rol masculino de género o una persona que tiene vulva, se identifica como mujer y se comporta dentro de un rol femenino de género.

La palabra *queer* (**cuir**) viene del inglés y su traducción literal es la de extraño o inusual. Esta palabra ha sido utilizada por los movimientos de diversidad y minorías sexuales para autoidentificarse y recalcar su no pertenencia a lo binario o a la heteronorma.

Es importante tener en cuenta que estas definiciones están siempre en revisión y modificación a través del tiempo, tanto desde los colectivos y agrupaciones de la diversidad y minorías sexuales, como por parte de pensadores en distintos contextos académicos, entre otros interlocutores y actores sociales. Un ejemplo importante es el del término diversidad sexual el que de acuerdo a algunos colectivos integrados por gente LGBTI no es apropiado y se reconocen en el de disidencias sexuales.

¿Cuáles son las consecuencias de estas definiciones que reflejan la complejidad del campo de la diversidad sexual humana? Tres ideas claves:

- La primera es que **el género es performativo**, esto quiere decir que es un fenómeno que es producido y reproducido constantemente en el tiempo. Inclusive hay quienes postulan que nadie es un género para empezar como la filósofa Judith Butler. De modo que constantemente realizamos actos que van construyendo en un continuo nuestra identidad con respecto al género y esto no cuenta solamente para las personas no binarias o no heterosexuales, si no que por el contrario incluye a todas las identidades y expresiones de género como la heterosexual.
- Un segundo punto importante de remarcar es la idea de que **el género y su expresión son fluidos**, es decir, no son realidades internas o externas fijas e inamovibles. Las personas pueden transitar entre estas identidades y sobrepasar el binomio hombre-mujer, pueden cambiar a través del tiempo.
- Finalmente, estas ideas tensionan las normas de género producidas por la sociedad en tanto, podemos comenzar a entender que la heterosexualidad y **el identificarse como hombre o como mujer son una posibilidad dentro de todo el espectro plausible de identidades, expresiones y orientaciones de género**.

### **3. Orientaciones, expresiones e identidades de género en la sociedad chilena actual**

Pero ¿todas las orientaciones, expresiones e identidades de género ocupan el mismo lugar en nuestra sociedad? La respuesta evidente es que no, ya que podemos observar que hay relaciones de poder entre las distintas identidades, así como una posición de prestigio de unas y de estigmatización de otras. La **heteronormatividad** es una idea que se refiere a que la norma y por lo tanto lo que es aceptado socialmente como deseable es la heterosexualidad en tanto

orientación sexual “correcta” o “normal”. Más específicamente podemos definir a la **heteronormatividad** como un “conjunto de relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza y se reglamenta en nuestra cultura y las relaciones heterosexuales idealizadas se institucionalizan y se equiparan con lo que significa ser humano. Es decir, la heteronormatividad es el régimen social y cultural que impone que la heterosexualidad sea la única sexualidad “normal”, natural y aceptada, y también su correlato: la persecución y marginación de las personas no heterosexuales” (Todo Mejora, 2017:64).

Otro concepto relacionado con el de heteronormatividad es el de **heterosexismo**, como un sistema de poder que denigra y estigmatiza a otras identidades no heterosexuales. Lamentablemente vivimos en una sociedad que es abiertamente heteronormativa y heterosexista lo que se traduce en vivencias de discriminación y de distintos grados de violencia y acoso para las personas no heterosexuales y que no cumplen con la norma de identificarse como hombres masculinos o como mujeres femeninas.

La **transofobia** y la **homofobia** son consecuencias de la rigidez de la heteronormatividad. Estos tipos de violencia son “un tipo específico de violencia de género basada en la orientación sexual o la identidad y expresión de género real o percibida. La violencia homofóbica y transfóbica no solo afecta a las personas que se identifican como homosexuales, bisexuales, transgénero o intersexuales, sino también a lxs que son percibidos como no conformes con las normas de género predominantes” (Todo mejora 2017: 66). Este tipo de violencia tal como la violencia contra las mujeres comprende distintos grados que pueden ir desde el bullying y cyberbullying, el acoso, el impedimento de entrar a distintos espacios públicos, humillaciones y vejaciones, golpizas y la muerte entre otros.

De este modo el pertenecer a una minoría sexual deviene en distintas formas de discriminación, vulneración de derechos e inequidad en el acceso efectivo a la salud, al trabajo o inclusive a la educación. El informe de vulnerabilidad social y su efecto de salud en Chile puntualiza que “la historia, la cultura y la política han creado un espacio para que la heteronormatividad no se cuestione y se entienda como el único camino dentro de la identidad sexual de las personas. Las personas que no se identifican con los roles de género establecidos, y que se identifican como sexualmente diversas, no son vulnerables por ser distintos sino que son vulnerables porque el sistema no ha creado un espacio para ellos” (2016: 374).

Infante y Rodríguez (2016) sostienen que Chile ha ido avanzando en distintas legislaciones que reconocen protegen e integran a la población sexualmente diversa, por ejemplo, la Ley contra la discriminación nº 20.609 o Ley Zamudio, La ley nº 20.830 de Acuerdo de Unión Civil o la recién aprobada Ley de Identidad de Género. No obstante, es primordial subrayar la importancia de las organizaciones de la sociedad civil en Chile quienes se han ocupado activamente de crear espacios para las personas diversas sexualmente.

Pero en paralelo a estos avances de inclusividad, el XVI Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile del MOVILH reporta que el 2017 fue el año “de la furia” debido al alarmante incremento de casos de violencia homofóbica y transfóbica; se reportaron 484 episodios de odio, la cifra más alta en los últimos 16 años (2017: 13).

**Las cifras de 2017 reportan:**

2 asesinatos a personas LGBTI

56 agresiones físicas o verbales perpetradas por civiles a personas LGBTI

1 abuso policial

38 casos de discriminación laboral

20 de exclusión educacional

77 movilizaciones homo/transfóbicas

38 episodios de marginación institucional

11 obstáculos para el acceso a servicios o productos en los espacios públicos o privados

72 abusos propinados por familiares, amigos o vecinos,

166 declaraciones de odio

3 casos de vulneración de derechos en la cultura, los medios y el espectáculo.

Fuente: XVI Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile, Movilh 2017.

#### **4. Población LGBTI y consecuencias en salud mental**

Teniendo en cuenta el panorama expuesto, cabe preguntarse por las consecuencias que experimenta la población diversa sexualmente frente a un escenario social, político y cultural que aún no logra ser completamente inclusivo.

Infante y Rodríguez (2016) hacen referencia respecto a la importancia y necesidad de un abordaje biopsicosocial para comprender los múltiples impactos negativos de la discriminación, en tanto ejerce efectos a nivel psíquico, físico y social. Así las aproximaciones desde los determinantes sociales de la salud y, en específico, el Modelo de Estrés de las minorías son herramientas claves para comprender las especificidades de esta población.



Los estudios confirman que a nivel de salud mental la población LGBTI y en específico los jóvenes presentan índices más bajos que la población heterosexual (Tomicic, Galvez, Quiroz et al 2016). Uno de los puntos más preocupantes es la alta tasa de suicidios en jóvenes LGBTI así como una alta prevalencia de ideas e intentos suicidas.

**Algunas de las consecuencias en salud mental para la población joven y adulta LGBTI :**

- Sintomatología depresiva
- Ansiedad
- Ideas suicidas
- Suicidio
- Abuso de sustancias
- Aislamiento social
- Conflicto con los pares
- Victimización

Fuente: Infante y Rodríguez 2016, Tomicic et al 2016.

**Modelo de estrés de minorías:** La pertenencia a un grupo minoritario discriminado es un factor negativo en la salud, “el estigma, prejuicios y la discriminación crean un ambiente hostil y estresante lo que causa problemas de salud mental” (Meyer 2003).

Otro de los impactos negativos es en las **barreras de acceso a atención de salud existentes para la población LGBTI**, referidas muchas de ellas a los mitos y prejuicios existentes sobre la sexualidad y los comportamientos de las personas LGBTI. Por ejemplo, en salud sexual y reproductiva existe el mito sobre que lesbianas y mujeres bisexuales no tienen riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual. Otros estigmas que siguen presentes son la relación entre la homosexualidad y el VIH y SIDA (Infante y Rodríguez 2016).

##### **5. NNA LGBTI en el sistema escolar**

En el ámbito de la educación y NNA LGBTI, Cristeva Cabello (2018) denuncia el sexismo del sistema educacional chileno. Esto es visible en el uso, por ejemplo, de uniformes escolares

binarios que no permiten una expresión de género para jóvenes que no se reconocen en el binarismo hombre masculino y mujer femenina. Los uniformes pueden parecer un elemento estético inofensivo pero tal como su nombre lo evoca, buscan regular, ejercer un control y normar. Otras situaciones sexistas al interior de los establecimientos educacionales son el acoso sexual de profesores hacia estudiantes; el hostigamiento y humillación de parte de algunos colegios y liceos hacia alumnos y alumnas LGBTI, e incluso la negación del acceso a la educación a jóvenes, niños o niñas trans.

## 6. Presentación de casos

Luego de la revisión de conceptos y temas claves proponemos la lectura de 4 casos que ilustran la complejidad de la articulación del sexo biológico, la identidad de género y la expresión de género en distintos contextos socioculturales:

### **Ozi, 22 años. Yakarta, Indonesia**

“Tiendo más hacia lo no binario porque me encanta mi lado femenino. Me autoexploro a partir del arte y de la moda. Uso ropa diseñada para mujeres, como tacones. Ha sido un trayecto largo. Hice pública mi identidad LGBT en la escuela secundaria a una amistad cercana. Luego estuve en Milán y trabajé en la industria de la moda; ahí comencé a sentirme más como yo: me di cuenta de que está bien ser yo. Cuando regresé a Indonesia sentía más comodidad con mi persona. Ahora me siento más como mujer, pero es algo cambiante. O sea, este es un cuerpo de hombre pero el alma es de mujer. Aunque he experimentado mucho con mi género. Mis padres aún no lo entienden y quiero ayudarlos a que abran más su mente. Les he dicho que los tiempos son otros y han empezado a aceptar más ahora que entienden que puedo mantenerme y vivir de manera independiente. Me he sentido así desde muy joven. Para mí, no binario es alguien que es mujer u hombre pero que de manera activa adopta los roles atribuidos al género opuesto. Las personas transexuales quieren cambiar su identidad entera, es como un nivel más allá de lo no binario. Pero en realidad cómo lo llamas no es tan importante, lo que importa es el ser”.

Fuente: Kerry Manders, 2018, New York Times, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2018/10/16/identidades-de-genero-fotografias/?smid=fb-espanol&smtyp=cur&fbclid=IwAR3yNg-9U8tGKa8Xvy75syCbTv0mX9cskPtkg0ilD8jHabDp9oPE1uN92Go>



### **Estudiante secundario. Tierra del Fuego, Chile**

“Conocí al estudiante no hetero-sexual con la cabellera más hermosa de la Isla Grande de Tierra del Fuego un cabello largo con peso que se sacudía al viento austral. Un estudiante de habla pausada y nieto de los migrantes chilotes. La voz del estudiante del único liceo público es suave, delicada y a veces se confunde con el acento argentino. Su cabello extenso se agitaba con las charras de viento patagónico; sus uñas también muy femeninas estaban pintadas con un esmalte transparente. Ser un estudiante femenino no es lo mismo en una Isla Grande patagónica, significa escuchar los gritos y silbidos de los conscriptos que se preparan para ser militares en una isla que parece estar siendo explotada por soldados que *hacen patria* y empresas salmoneras que atraen vidas inmigrantes caribeñas traumatizadas por el frío austral. A pesar del contexto adverso, el estudiante gay era el presidente del Centro de Alumnos del liceo”.

Fuente: Cristeva Cabello, 2018, Educación no sexista y binarismos de género. Agitaciones feministas y disidencias sexuales secundarias en la escuela, en Mayo feminista. La rebelión contra el patriarcado, Faride Zerán (ed.)

### **Angie, 43 años. Londres, Inglaterra**

“Sí me defino como persona no binaria. Originalmente me identificaron como mujer por sexo y nunca se sintió bien, pero yo tampoco me identificaba como varón. Me tardé mucho tiempo en entender qué y quién era, hasta que me topé con el concepto de no binario y se sintió apropiado. Para mí se trata más de aceptarme de cualquier modo y no sentirme mal o como que estoy haciéndolo de manera incorrecta o que no soy suficientemente mujer ni suficientemente hombre. Puedo crear mi propio género sin sentir que no lo hago de manera auténtica”.

Fuente: Kerry Manders, 2018, New York Times, disponible en:  
<https://www.nytimes.com/es/2018/10/16/identidades-de-genero-fotografias/?smid=fb-espanol&smtyp=cur&fbclid=IwAR3yNg-9U8tGKa8Xvy75syCbTv0mX9cskPtkg0ilD8jHabDp9oPE1uN92Go>



**Avery Jackson. Kansas City, Estados Unidos.**

*“¿Qué es lo mejor de ser niña ?*

Avery Jackson se quita un mechón de pelo de colores de los ojos y piensa en la pregunta. ¡Lo mejor de ser niña es todo!.

*¿Qué es lo peor de ser niña?*

Que los niños siempre digan: Esas no son cosas de niñas son cosas de niños.

Avery vivió sus primeros cuatro años como niño y era muy infeliz. Desde 2012 vive en Kansas City como una niña transgénero, lo cual la sitúa en el centro del debate actual sobre los roles de género y derechos humanos”.



Fuente: Eve Conant, 2017, National Geographic, disponible en:  
[https://www.ehu.eus/documents/2007376/5040237/NationalGeographic\\_Genero-la-Revolucion-Enero2017.pdf](https://www.ehu.eus/documents/2007376/5040237/NationalGeographic_Genero-la-Revolucion-Enero2017.pdf)

## ACTIVIDAD 9

A través de las siguientes preguntas, reflexione sobre la temática de la diversidad sexual y el trabajo con niños, niñas y adolescentes:

1. De acuerdo a lo leído en la Unidad 6, y los casos expuestos, responda las siguientes preguntas: ¿el sexo biológico es lo mismo que la identidad y la expresión de género? ¿Por qué?
2. ¿Cree usted que la heterosexualidad debería incluirse como una posibilidad más dentro de las siglas LGBTI? ¿Por qué?
3. ¿Cuáles crees que son los mitos más comunes que se socializan en su área de trabajo respecto a la diversidad sexual en NNA?
4. ¿Cuáles cree que son los prejuicios más comunes que se socializan en su área de trabajo respecto a la diversidad sexual?

5. En su contexto laboral

¿Trabaja con niños, niñas y adolescentes diversos sexualmente?

¿Cómo se siente al respecto?

¿Cuáles son las barreras que percibe para trabajar con esta población?

¿Y los facilitadores?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agramonte A, Ledón L, Fabré B, Espinosa T, González P, Carvajal F, Montesinos T, García C, Rodríguez M, Díaz A. Intersexualidad, necesidad del cambio en el paradigma de atención. *Rev Cubana Endocrinol* v.21 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic; 2010.
- Aguayo F, Sadler M. Estudio de las Dinámicas Familiares en Familias de Padres y Madres Adolescentes. Santiago de Chile: FOSIS, Gobierno de Chile; 2006.
- Arancibia M, Cornejo P. El Derecho de familia en Chile: Evolución y nuevos desafíos. Talca: *Ius et Praxis*, 20(1) 279-318; 2014.
- Barfield T. Diccionario de Antropología. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2001.
- Barker G, Ricardo C, Nascimento M, Olukoya A, Santos C. Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*. 5(5):539-53; 2010.
- Barker G, Aguayo F, Correa P. Comprendiendo el ejercicio de violencia de los hombres hacia las mujeres. Algunos resultados de la encuesta IMAGES (The International Men and Gender Equality Survey). Rio de Janeiro: Promundo; 2012.
- Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkulad N, Bustos P, Pedrero V, Delgado I. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev Chil Pediatr*. 88(6); 707-716; 2017.
- Chavez, M. La estigmatización de la adolescencia como grupo poblacional en riesgo y sus repercusiones en la construcción de ciudadanía. *Sinética*, 42. Guadalajara, Universidad Jesuita de Guadalajara; 2014.
- Cherry A, Dillon M. International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses. New York: Springer; 2013.
- Connell R. La Organización Social de la Masculinidad. En: Olavarría, J. y Valdés, T. Masculinidad/es. Poder y Crisis. Santiago de Chile: Isis Internacional/FLACSO; 1997.
- Deliége R. Une histoire de l'anthropologie. Écoles, auteurs, théories, Recherches sociologiques et anthropologiques, Francia: Editorial du Seuil; 2006.
- Dides C, Fernández C (eds.). Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, Estado de la Situación 2016. Santiago: MILES Chile; 2016.
- Diez R. La mujer en el mundo. Madrid: Acento Editorial; 1997.
- Duarte, K. ¿Juventud o Juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. *Última Década* 13. Viña del Mar: CIDPA; 2000. p. 59-77.
- Figueroa E. Política pública de educación sexual en Chile: Actores y tensión entre el derecho a la información vs. Libertad de elección. *Revista Chilena de Administración Pública*, 19:105-131; 2012.
- Fontenla M. Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Editorial Biblos; 2008.

- Fundación Todo Mejora, Enseñando diversidad manual de apoyo a profesores, tutores y apoderadxs para enseñar sobre diversidad, orientación sexual e identidad y expresión de género a niñxs y adolescentes entre 9 y 12 años. Santiago; 2017.
- Fuller N. Masculinidades. Cambios y Permanencias. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2001.
- Galtung J. Tras la violencia, 3R: reconstrucción reconciliación y resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia. Colección Red Gernika N°6. Bilbao: Bakeaz y Gernika Gogoratuz ;1998.
- García C. Violencia de Género. La salud en Peligro. Agenda de Salud N°20, Santiago: Isis Internacional, Octubre-Diciembre; 2000.
- Geibel S, Hossain S, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, Burnett-Zieman B. et al. Stigma Reduction Training Improves Healthcare Provider Attitudes Toward, and Experiences of Young Marginalized People in Bangladesh. Journal of Adolescent Health, 60: S35eS44; 2017.
- Goffman E. Estigma, la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.
- INE. Síntesis resultados Censo 2017. Santiago Instituto Nacional de Estadísticas; 2018.
- INE. Síntesis resultados Censo 2012. Santiago Instituto Nacional de Estadísticas; 2012.
- INJUV. Octava Encuesta Nacional de la Juventud 2015. Santiago: Instituto Nacional de la Juventud; 2017.
- Harris M. Introducción a la antropología general. España: Alianza Editorial; 1984.
- Keijzer de B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En, La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina, Cáceres et. al. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.
- Krauskopf D. Los marcadores de juventud: La complejidad de las edades. Ultima décad. vol.23 no.42 Santiago jun; 2015.
- Le Breton D. La edad solitaria. Adolescencia y sufrimiento. Santiago: LOM; 2012.
- Leccardi C, Feixa C. El concepto de generación en las teorías sobre la juventud. Última Década N°34. Valparaíso: Cidpa; 11-32; 2011.
- Luengo X, Millán T, Zepeda A, Tijero M. Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. En: Revista Chilena Pediatría; 83 (6): 540-551; 2012.
- Macintyre A, Montero A, Sagbakken M. Sexuality? A million things come to mind": Reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents. Reproductive Health Matters, PubMed Nov; 23(46):85-95; 2015.
- Martín A. Antropología del Género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales. Valencia: Feminismos, Universidad de Valencia; 2008.
- Mead M. Adolescencia y cultura en Samoa. Paidós; 1990.
- Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En (Spinelli Comp.). Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 11-47; 2004.



- Meyer I. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, Vol 129(5), 674-697, Sep; 2003.
- Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN). Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile; 2015.
- MINSAL. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015. Santiago: MINSAL; 2008.
- MINSAL. Guía práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales dirigida a los equipos de atención primaria. Santiago: Ministerio de Salud; 2011.
- MINSAL. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Santiago: MINSAL; 2013.
- MINSAL. Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes. Chile: MINSAL; 2016.
- MINSAL. Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud. Santiago: MINSAL; 2017.
- MINSAL. Modelo de Gestión. Red temática de Salud Mental en la red general de Salud. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2018.
- Montecinos S, Rebolledo L. Conceptos de Género y Desarrollo. Santiago: Facso; 1996.
- Montecino, S. De lachos a machos tristes: la ambivalencia de lo masculino en Chile. En, *Diálogos sobre el Género Masculino en Chile*, Sonia Montecino y María Elena Acuña (comps.) Santiago de Chile: CIEG, Bravo y Allende Editores; 1996.
- Movilh. Educando en la Diversidad Orientación sexual e identidad de género en las aulas. Movilh : Santiago ; 2010.
- National Geographic en español. Género la revolución; volumen 40 número 1; 2017.
- Nazareno F. La noción de performatividad en el pensamiento de Judith Butler: queerness, precariedad y sus proyecciones. Santiago: Estudios Avanzados, núm. 24; 2016.
- Nuñez D. Significativo aumento de VIH en Chile ¿Un problema de prevención o un cambio cultural? Santiago; 2018.
- Obach A, Sadler M, Aguayo F. Manual de Trabajo Educativo con hombres jóvenes para la prevención de la violencia. Santiago: CulturaSalud; 2010.
- Obach A. Vulnerabilidad social y salud pueblos indígenas. En, Cabieses B. et al. (eds.), *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo; p. 349-366; 2016.
- Obach A, Macintyre A. Vulnerabilidad social en salud en adolescentes y jóvenes en Chile. En, Cabieses B. et al. (eds.), *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo; p. 119-138; 2016.
- Obach A, Sadler M, Jofré N. Necesidades en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev. Salud Pública*.19(6):848-854; 2017.

- Obach A, Sadler M, Aguayo F, Barnales M. Involucrando a hombres jóvenes en salud sexual y reproductiva. Resultados de un estudio cualitativo en Chile. Chile: Revista Panamericana de Salud Pública; 2018 (In Press).
- Olavarría J, Valdés T. Ser Hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo. En Valdés, T. y Olavarría, J. (eds.) Masculinidades y Equidad de Género en América Latina. Santiago de Chile: FLACSO; 1998.
- Olavarría J. Y Todos Querían ser (Buenos) Padres. Varones de Santiago de Chile en Conflicto. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Lom Ediciones ;2001.
- Olavarría J. Madres y Padres Matriculados en el Sistema Escolar Chileno: Factores Asociados al Rendimiento, Retención y Deserción. FONIDE, Gobierno de Chile; 2008.
- Olavarría J, Molina R. Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas. Polis.; 11(31): 411-433 ; 2012.
- OMS. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Ginebra, Suiza: OMS; 2006.
- OMS. Adolescent Pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014.
- OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. World Health Organization; 2018.
- Ortner S. ¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En Antropología y feminismo. Barcelona: Anagrama, p. 109-131; 1979.
- Pedreros M, Oyarce A. Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud y de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades. Notas de la Población, 230 ; 2009.
- Plan y UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe final. Panamá: Plan y UNICEF ; 2015.
- Robles C. Familias y homoparentalidad. Aportes del trabajo social a la diversidad familiar. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial; 2016.
- Rodríguez Vignoli J, Páez K, Ulloa C, Cox L. Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas. Santiago: CEPAL-UNFPA, Serie población y desarrollo N°116; 2017.
- Rohlfs I. Género y salud: diferencias y desigualdades. En Revista Quark. Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura. N°27. Barcelona, Enero-Marzo, p.36-40; 2003.
- Rosas A, Martínez P, Canessa MJ, Insunza A, Cayazzo D. Reembarazo en la adolescencia: Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015. Rev. Chil. Obstetr. Ginecol. 82(4): 361; 2017.
- Rubin G. El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. En Nueva Antropología. Vol. VIII. N°30, p.95-145; 1986.

- Sabo D. Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible de género. Harvard Center for Population and Development Studies; 2000.
- Sadler M, Obach A, Luengo X, Biggs A. Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. Santiago: CulturaSalud /Ministerio de Salud; 2011.
- Salazar G. Ser niño "huacho" en la historia de Chile (siglo XIX). Santiago: LOM; 2006.
- SENAME. Guía de Estrategias de intervención Familiar. Apoyo para el trabajo con familias en contextos de vulnerabilidad y exclusión social; 2014.
- Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Institut d'Estudis Valencians, p.23-56; 1990.
- Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promotion Journal of Australia; 17(3) p.180-185; 2006.
- Sontag S. La enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas. Madrid: Taurus; 1996.
- Tomicic A, Gálvez C, Quiroz C, Martínez C, Fontbona J, Rodríguez J, Aguayo F, Rosenbaum C, Leyton F, Lagazzi I. Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). Rev. méd. Chile vol.144 no.6 Santiago jun; 2016.
- Turner B. Medical Power and Social Knowledge. London: Sage Publications; 1987.
- UNFPA. Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York: United Nations Population Fund; 2013.
- UNICEF. Perspectiva de género. ¿De qué hablamos cuando hablamos de perspectiva de género? Buenos Aires, Unicef; 2017.
- Valls- Llobet C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias En Revista Quark. Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura. Nº27. Enero-Marzo. Barcelona, p.41-53 ; 2003.
- Villegas M. Informe Violencia contra la mujer en Chile y Derechos Humanos. Santiago, Facultad de Derecho, Universidad de Chile; 2017.
- Viveros M. De Quebradores y Cumplidores. Colombia: Universidad Nacional de Colombia ; 2002.

