



## Documento

# "Lineamiento de trabajo en materia de sexualidad para centros CIP-CRC"

**SENAME**

**Julio, 2013**

**Departamento de Justicia Juvenil**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Verificado por (aprobado):</b>	<b>Validado por:</b>
Felipe Arenas Díaz Aner Jiménez Olave	Ricardo Véliz Bustamante Coordinador (s) Desarrollo de la Oferta DJJ	Cecilia Salinas Hernández Jefa (s) Departamento de Justicia Juvenil
Firma:	Firma:	Firma: 
Fecha: Julio de 2013	Fecha: Julio de 2013	Fecha: Julio de 2013

## INDICE

INTRODUCCIÓN	3
I. ASPECTOS TEÓRICOS Y CONSIDERACIONES GENERALES	4
1. Sexualidad	4
2. Abordaje de la sexualidad y la salud sexual infanto adolescente en el marco de derechos humanos	4
3. El modelo ecológico en el abordaje de la sexualidad	6
4. El enfoque de género y la sexualidad	7
5. La sexualidad desde el enfoque inclusivo	8
6. Salud sexual	11
II. ASPECTOS BÁSICOS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y LA ADOLESCENCIA	13
1. Desarrollo psicosexual en la adolescencia	13
2. Adolescencia y sexualidad	15
3. Situación actual sobre sexualidad en la adolescencia	15
III. LINEAMIENTOS PARA EL TRABAJO PRÁCTICO EN EL ÁREA DE LA SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL	19
1. Estrategias en educación sexual desde la perspectiva de la prevención y el autocuidado	19
2. Consejería para adolescentes	23
3. Orientación y difusión de estrategias de prevención y tratamiento de Infecciones VIH/SIDA e ITS	25
4. La maternidad y paternidad en la adolescencia	28
5. Identidad y género: modelos no violentos de masculinidad	30
6. Integración de la diversidad en la identidad sexual	32
7. Venusterio como un derecho de los adolescentes en contexto privado de libertad	34
BIBLIOGRAFÍA	36

## INTRODUCCIÓN

---

El Servicio Nacional de Menores es el organismo gubernamental responsable de contribuir a la restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes, vulnerados/as, así como a la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley, a través de prestaciones ejecutadas mediante la administración directa o por la red organismos colaboradores acreditados por el Servicio para tal labor.

El presente documento, es el resultado de un trabajo conjunto entre los Departamentos de Protección de Derechos y el Departamento de Justicia Juvenil a partir de la necesidad de iniciar una línea de trabajo orientada al abordaje de la sexualidad y la salud sexual de los niños, niñas y adolescentes atendidos por el Servicio Nacional de Menores en ambas líneas de acción institucional.

El propósito actual de este Servicio en relación a este tema es definir lineamientos básicos para el trabajo en el ámbito de la sexualidad y la salud sexual, que sean coherentes con las necesidades especiales, características de este tipo de población y la etapa crítica que atraviesan desde el punto de vista del desarrollo evolutivo, las estrategias de abordaje ya sea a nivel preventivo, de intervención e intersectorial (principalmente ligado al sector Salud) en el ámbito de la salud sexual adolescente, y de esta manera aportar a la labor que los equipos realizan en el trabajo directo con los NNA como sujetos de atención, con orientaciones coherentes con las Políticas de Salud en relación a los temas relativos a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de esta población.

Desde la perspectiva de los derechos, la dimensión de la sexualidad y la salud sexual nos plantea el desafío de desarrollar una política institucional que permita su efectivo abordaje, particularmente con la población atendida en centros de administración directa del Servicio Nacional de Menores, privados de libertad producto del cumplimiento de medidas cautelares o sanciones penales, como parte de una política integral de salud que garantice dichas prestaciones. Este documento tiene como objetivo señalar conceptos básicos sobre los cuales entenderemos el desarrollo de la sexualidad de los y las adolescentes, enfoques teóricos que explican el mismo y que aportan perspectivas para la reflexión, discusión y toma de decisiones en el ámbito de la intervención.

En ese sentido, este documento pretende ser el hito inicial orientado a la sensibilización sobre la temática, y la promoción de recomendaciones técnicas en la materia, independientemente de los planes o protocolos específicos que pudieran desarrollarse a futuro en este ámbito. Es importante señalar, que pese a que en su mayoría, el documento fue elaborado junto a DEPRODE, esta edición se destina a los equipos CIP CRC para el trabajo con adolescentes y jóvenes atendidos en estos centros.

# **I. ASPECTOS TEÓRICOS Y CONSIDERACIONES GENERALES**

---

## **1. Sexualidad**

El término *Sexo*, etimológicamente proviene de la denominación en latín "Sectus" o "Sexus" y está asociado al concepto de sección o separación, de ahí, diferencia. Así mismo, en los orígenes de la palabra género, veremos su raíz en el griego a partir del concepto *genus*, que alude al tipo o clase de un determinado organismo. Un enfoque inclusivo, considerando las diferencias de género, en un marco de respeto por los derechos de las personas, como se plantea en el presente texto, implica un trabajo orientado a igualar en derechos la diferencias de cada uno/a.

El término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del ser humano basada en el sexo, que incluye al género, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. La sexualidad es de esta manera, el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales<sup>1</sup>, y el proceso a través del cual se llega a asumir la propia sexualidad está determinado por un conjunto de comportamientos sustantivos del ser hombre y ser mujer en una sociedad determinada.

## **2. Abordaje de la sexualidad y la salud sexual infanto adolescente en el marco de derechos humanos**

Los niños y niñas son definidos conforme a sus atributos y derechos respecto a su familia, del Estado y de la sociedad. Ello implica la protección general de sus derechos humanos y una complementaria, traducida en los derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de fecha 20 de Noviembre de 1989, ratificada por el Estado de Chile en 1990.

Respecto a los Derechos Humanos éstos son inherentes a las personas y parten del concepto moral de las mismas, estipulando parámetros mínimos de dignidad y de relaciones sociales de respeto. Los derechos "nacen con la persona" y contemplan, entre otros, aspectos relativos a la educación, la salud, el trabajo, la participación, la vida, la libertad de expresión y el acceso a la justicia. Su protección integral es responsabilidad de cada Estado. La perspectiva de los derechos humanos supone el reconocimiento de una serie de principios, cuya finalidad última es el respeto universal de cada sujeto, sin ningún tipo de discriminación, lo cual resulta relevante en relación con la orientación en cuestiones de sexualidad y salud.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) año 2006

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) releva a partir del concepto "Interés superior del niño", la preocupación por la protección y el cuidado, distinguiendo las obligaciones específicas y el detalle de los derechos que atañen a la acción del Estado y que instruyen la acción del Servicio en materia de protección. En este sentido la CDN constituye para el SENAME el sustento jurídico y ético de su quehacer, pues plantea como uno de sus postulados más relevantes, el reconocimiento de la infancia y adolescencia como etapa con necesidades particulares, considerando por tanto, la exigibilidad de sus derechos en función de asegurar dichas necesidades. A partir de dicha convención y sus postulados se avanza hacia un tratamiento jurídico de la infancia y adolescencia haciendo visible su derecho a opinar y ser escuchados en cada una de las esferas donde se desenvuelven, entre ellas, las relacionadas con la sexualidad (UNFPA, 2006).

La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano y la salud sexual como un componente integral de la salud en general, por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, incluyendo la de los adolescentes, es un derecho humano que incluye al mismo tiempo el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención de salud. A su vez, el concepto de derechos sexuales es reconocido y apoyado por varias conferencias mundiales tales como Conferencia internacional sobre Población y Desarrollo (1994, El Cairo), la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres (1995, Beijing), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos y la Asociación Mundial de Declaración Sexualidad y Derechos Sexuales (XIII Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España 1997).

Por otra parte, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la sexualidad y el bienestar del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia sentando las bases para la salud sexual del adulto. El período adolescente es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de las y los jóvenes.

El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones. La salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección (WAS, 1999).

### 3. El modelo ecológico en el abordaje de la sexualidad.

Consideramos relevante incorporar el modelo ecológico planteado por Urie Bronfenbrenner en la comprensión del desarrollo evolutivo, particularmente en el desarrollo de la sexualidad de los niños, niña y adolescente. Desde esta perspectiva una persona se desarrolla dentro de diferentes entornos, todos ellos aportan algo a ese desarrollo; es así como la familia, el grupo de iguales, la escuela, los medios de comunicación o la sociedad y su sistema de valores son factores esenciales a considerar en una comprensión amplia sobre el desarrollo evolutivo de las personas. Para una comprensión del desarrollo de los niños, niñas y adolescente en la esfera psicosexual, obviamente se deben considerar los aspectos que rodean más ampliamente dicho proceso, es decir, los sistemas culturales en los que se enmarca y adquiere sentido la sexualidad.

Entenderemos el desarrollo de la sexualidad desde nuestro nacimiento como un producto tanto de la familia y vínculos significativos, las relaciones socialmente construidas, factores psicológicos, factores socioculturales, las instituciones que de diferentes formas norman las manifestaciones de la sexualidad y los factores biológicos. Cada sociedad y grupo cultural estructura la experiencia sexual de quienes la conforman de acuerdo a las normas que permiten o prohíben reglas explícitas y no explícitas por medio de las cuales las personas comprenden, ejercen y vivencian su sexualidad.

El modelo ecológico propuesto por Brofenbrenner (1987) permite considerar distintos niveles de análisis al aproximarse a la comprensión del desarrollo evolutivo:

- ❖ Perspectiva individual: se refiere a todas las variables y procesos psicológicos individuales que se relacionan con el desarrollo del individuo. En la adolescencia hay una fuerte estructuración de la personalidad, la que tiene sus bases en la infancia y deja su impronta en edades posteriores.
- ❖ Perspectiva microsistémica: se refiere a las redes sociales primarias, las más próximas como la familia, el grupo de amigos y la vecindad. Las dinámicas que se dan en estos microgrupos, especialmente en la familia, pueden dar cuenta de cómo han influido en la persona en desarrollo y cómo éste experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares. El microsistema puede funcionar como un contexto efectivo y positivo de desarrollo humano o puede desempeñar un papel destructivo o disruptor de este desarrollo.
- ❖ Perspectiva exosistémica: se refiere a la comunidad más amplia y a las instituciones que median entre el sistema cultural y las familias e individuos. Al exosistema pertenecen el sistema escolar, el sistema legal, el sistema de salud y el sistema judicial; refiere a uno o dos entornos que no incluyen a la persona como participante activo, pero en los cuales se producen muchos hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende al sujeto en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno.

- ❖ **Perspectiva macrosistémica:** se refiere a los sistemas de creencias y valores del contexto cultural en que estamos insertos. Este es quizás el nivel más difícil de modificar, porque a pesar de su fuerte influencia sobre los comportamientos de las personas y de la sociedad, no tiene visibilidad evidente. Al contexto macrosocial corresponde las creencias que una cultura tiene con respecto a las relaciones de poder, a las relaciones entre hombres y mujeres, a las relaciones entre adultos y niños, las pautas sociales que regulan la crianza de los niños, las expectativas por los roles sexuales, la valoración del contexto social según el sexo, etc. Por lo tanto, la manera en que las personas viven y expresan su sexualidad va a depender de la sociedad y la cultura en las que están insertos.

Ninguno de estos niveles por sí solo da cuenta del desarrollo de la sexualidad de los niños, niñas y adolescentes, sin embargo, todos aportan tanto a nivel de la comprensión y conceptualización como a la posibilidad de diseñar estrategias de intervención en la línea de educación y prevención de riesgos en cada uno de los ámbitos en los que se desenvuelve el individuo en desarrollo, su contexto y su sistema de valores y significaciones.

#### 4. El enfoque de género y la sexualidad<sup>2</sup>:

Durante mucho tiempo se pensó que las características consideradas 'femeninas' y 'masculinas' se debían a razones biológicas. En efecto, mirada la sexualidad humana desde un punto de vista biológico determinista e institucionalizada a través del paradigma biomédico, no cabía lugar a otras formas de ejercer la sexualidad sino era en la fórmula reproductiva "hombre-mujer".

Cuando se habla de género masculino y femenino, se alude también a modelos sexuales de comportamiento que funcionan a modo de representaciones que contienen las principales nociones, conocimientos, prejuicios, normas y creencias, así como valores y significados atribuidos al hecho de ser hombre o mujer<sup>3</sup>.

En la actualidad, se sabe que las formas de actuar, pensar, sentir y relacionarse que consideramos 'propias de las mujeres y hombres' se aprenden y pueden variar de acuerdo al contexto histórico y social, y no dependen sólo del sexo biológico de las personas. La historia, la crianza, la integración en el medio son todos factores que inciden en el aprendizaje y construcción de la identidad y el comportamiento sexual. Nos estamos refiriendo al concepto de género que puede definirse como el conjunto de características, formas de ser, sentir y actuar que se atribuyen a mujeres y hombres en las diversas sociedades. Bajo esta perspectiva se analiza cómo la sexualidad se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias,

---

<sup>2</sup> Aprendiendo y Educando con Inclusión, Guía de consulta sobre Sexualidad, Diversidad Sexual y Derechos Humanos para Docentes de Educación Básica Regular, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y reproductivos PROMSEX, Primera edición noviembre de 2010, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Manual de Formación Básica en Consejería para el VIH y las ITS. Ministerio de Salud, 2011.

actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones que finalmente aluden a la construcción social que cada cultura realiza sobre la diferencia sexual. En ese sentido, el concepto de Género es, ante todo sociocultural y, por tanto, sujeto a transformaciones provenientes de los cambios acontecidos en un contexto social más amplio que las solas consideraciones de tipo biológico ligado al concepto de sexo (CONACE, 2009).

Las concepciones de "lo femenino" y "lo masculino" constituyen la antesala de lo que será la vinculación entre los géneros, conformándose así relaciones de poder; en este sentido, la realidad presenta una situación mucho más compleja: mujeres y hombres encasillados en los roles asignados y exigidos desde lo que se espera de ellos (...), se priva por ejemplo, el derecho de hombres a expresarse emocionalmente, así como a participar de forma activa en la crianza de los hijos, o a las mujeres a disfrutar del espacio público sin tantas culpas y de expresarse libremente en el plano sexual (CONACE, 2009). No obstante lo tradicionalmente establecido, es posible apreciar en algunas investigaciones (Aguirre, et al, 1991 en CONACE, 2009) una etapa de transición sociocultural de roles, los que son confrontados respecto de su invariabilidad y rigidez.

El género tiene que ver también con roles asignados para ellas y ellos, que en el caso de los hombres es el de dominación y por el cual se les da mayor valor e importancia. Es muy importante comprender que si bien hay características sexuales universales que diferencian a hombres y mujeres, estas no deben traducirse en que unos y otras sean valorados de maneras desiguales (EME, 2011).

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de Identidad, singularidad y pertenencia (OPS/WAS, 2000)<sup>4</sup>.

## 5. La sexualidad desde el enfoque inclusivo

Este enfoque promueve la sexualidad inclusiva basada en el respeto a los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes y no acepta la discriminación ni la vulneración de derechos al interior de los centros. Consiste en visibilizar una realidad existente y que muchas veces no se toma en cuenta, tal es el caso de niños, niñas y adolescentes con orientaciones sexuales e identidades de género diferentes a la heterosexual, y que sufren discriminación y maltrato por esta condición.

Si bien ya se ha hecho referencia a que tradicionalmente se consideraba la existencia sólo de dos identidades de género: la 'femenina' en las mujeres y la

---

<sup>4</sup> Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la Acción, OPS/OMS, 2000.

'masculina' en los hombres, actualmente y a partir de los aportes del enfoque de género, podemos señalar que existen identidades que no corresponden necesariamente al sexo biológico. De allí que existan personas que, por ejemplo, a pesar de haber nacido biológicamente hombres, en el futuro sientan, piensen y actúen identificándose con lo femenino, y rompiendo de esta forma con la identidad de género asignada socialmente, y desde lo esperado biológicamente.

La orientación sexual es una parte constitutiva de los seres humanos que alude a la disposición afectiva, erótica y psicológica hacia donde una persona dirige sus deseos sexuales. No es necesariamente estática, y más bien refiere al potencial que posee un individuo para responder en estos términos a individuos del mismo género, opuesto o de ambos. Esta puede transformarse o cambiar a través de procesos internos o de aprendizaje social.

Se han definido tres posibles categorías de orientaciones sexuales:

- ❖ Heterosexual: Es la persona que se siente atraída física, emocional y sentimentalmente por individuos de otro sexo.
- ❖ Homosexual: Es aquella persona que se siente atraída física, sexual y sentimentalmente por individuos del mismo sexo. Muchas personas prefieren hablar de lesbianas (en caso de mujeres y de gays (en caso de hombres).
- ❖ Bisexual: Es aquella persona que se siente atraída física, emocional y sentimentalmente tanto por mujeres como por hombres.

Es importante señalar que la definición de cada uno de estos tipos de orientación deja de lado la expresión del comportamiento supuestamente asociado y se centra en la dirección del deseo. Por lo tanto, orientación sexual no es sinónimo de comportamiento sexual (CONACE, 2009). La actividad sexual es entendida como una conducta y por tanto puede ser desarrollada sin implicar las dimensiones sentimental o emocional que comúnmente se les asocia. Estos elementos –que pueden estar ausentes- son esenciales para hablar de la orientación sexual de una persona (Todo Mejora, 2013).

De esta forma, personas que se identifican con una orientación sexual dada (homosexual, heterosexual o bisexual), pueden en la práctica, no haber tenido conductas sexuales asociadas a dicha orientación. Así por ejemplo, hay quienes se reconocen a sí mismos como heterosexuales o bien como homosexuales sin haber tenido nunca una práctica sexual con nadie; asimismo, hay personas que habiendo tenido prácticas con individuos de su mismo sexo, se declaran heterosexuales. Por lo tanto, la orientación sexual de un individuo tiene más relación con la valoración subjetiva que él o ella realiza respecto de la dirección de su deseo, que por su comportamiento sexual específico. Hoy, estos comportamientos no son rígidos, existiendo diversas formas de vivir la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad (CONACE, 2009).

Distinto a lo que hasta ahora se ha definido como orientación sexual, pero relacionado con la construcción de identidad, surge el término Trans, el cual es usado para todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito en el género: Transgénero, Transexuales, Travestis y Transformistas (Todo Mejora, 2013).

- ❖ **Transexual:** Personas que sienten un profundo rechazo hacia el género que se les asignó al nacer según sus genitales y que manifiestan un conflicto profundo entre su identidad sexual o de género y su anatomía sexual. Generalmente aspiran o recurren a operaciones quirúrgicas y procesos de reemplazo hormonal para conseguir la masculinización o feminización de sus cuerpos, según sea el caso, como también a demandas de cambio de nombre y sexo de sus documentos legales.

En este contexto, es importante hacer la siguiente distinción para referirse a personas Trans<sup>5</sup>:

*Mujer Trans:* personas que biológicamente tienen un cuerpo de hombre y que se visten, sienten y actúan como mujeres.

*Hombre Trans:* personas que biológicamente tienen un cuerpo de mujer y que se visten, sienten y actúan como hombres.

- ❖ **Transgénero:** Si bien no existe consenso en la definición exacta para este término, sí es posible afirmar que al igual que los y las transexuales, las personas transgénero también sienten desacuerdo con los roles de género asignadas según su sexo biológico, pero no al nivel de rechazar sus genitales o de aspirar a la cirugía de reasignación de sexo. Su bienestar se encuentra en expresar el género con el cual se identifican y no con lo que socialmente se espera de ellos o ellas.
- ❖ **Travesti:** Consiste en la utilización de vestimentas del sexo opuesto durante una parte de la propia existencia a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer a otro sexo, sin que exista un desacuerdo entre sexo biológico y psicológico. En este caso, no existe el deseo de ser sometido a una intervención quirúrgica para llevar a cabo un cambio de sexo permanente.
- ❖ **Transformista:** Persona que utiliza vestimenta y/o maquillaje del otro sexo con fines artísticos, ejemplo de esto serían los denominados *drag queen* (hombres que se visten y actúan como una mujer de rasgos exagerados con una intención primordialmente histriónica) y las *drag king* (mujeres artistas que se visten varonilmente y personifican estereotipos masculinos de género como parte de su actuación).

---

<sup>5</sup> Es importante recordar que un hombre trans o una mujer trans puede o no haberse sometido a cirugía de reasignación de sexo.

## 6. Salud sexual

El concepto de salud sexual se entiende de acuerdo a las definiciones entregadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De acuerdo a estas definiciones, la salud sexual es definida como: "Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos".

Por otra parte, la Organización Panamericana de la salud (OPS) propone un nuevo marco conceptual para la salud sexual que incluye un enfoque centrado en el desarrollo humano dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo. Este enfoque reconoce que la salud sexual es un objetivo del desarrollo humano y que su condición está relacionada a factores culturales, familiares y al ambiente social, político y económico en el que viven los adolescentes. El enfoque defiende un desarrollo positivo y reconoce a la salud sexual como un derecho fundamental del ser humano que incluye la seguridad del cuerpo sexual, privacidad, amor, expresión, derecho a elegir y acceso a atención.

El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental (OPS/WAS, 2000; Tsui y cols., 1997; Neinstein, 1996), además de la cultura y el ambiente donde vive.

La vivencia de la sexualidad es un aspecto que puede variar cultural y socialmente, no existe una pauta que determine qué práctica, repertorio sexual o frecuencia debiera tener lugar en un determinado encuentro sexual (CONACE, 2009). Sin embargo, todas las practicas deben darse en un contexto informado, que considere todos los aspectos involucrados en las prácticas sexuales, por lo que quienes tengan contacto directo con los y las adolescentes en un contexto educativo deben entregar conocimientos, competencias y herramientas de autocuidado a nivel personal como social, así como valores y contenidos éticos que les permita asumir responsablemente su sexualidad y decidir responsablemente sobre su vida sexual.

En virtud de lo anterior, la importancia no está puesta en conformar un comportamiento sexual homogéneo entre los y las adolescentes, sino que puedan vivenciar el ejercicio de su sexualidad de una manera plena, segura y saludable, respetando la diversidad sexual y la variedad de orientaciones existentes. En este sentido, la diversidad y el respeto por la diferencia sexual es un concepto que emerge como un derecho sexual.

Los espacios de conversación más cercanos, consejerías, orientación y educación sexual favorecen el conocimiento y concientización sobre la propia sexualidad, y se constituyen en un factor protector potente a la hora de prevenir y proteger a los y las adolescentes de conductas sexuales riesgosas para la salud física y emocional.

## **II. ASPECTOS BÁSICOS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO EN LA ADOLESCENCIA Y SU SITUACIÓN ACTUAL**

---

### 1. Desarrollo psicosexual en la adolescencia

Es importante recordar siempre que en la infancia y adolescencia, el proceso de crecimiento (talla, masa corporal, etc.) es inseparable del desarrollo evolutivo en las otras dimensiones psicológica y social que ocurre con relativa simultaneidad y coordinación. Así mismo las vicisitudes de la adolescencia son fuente de tensión y conflicto que caracterizan el desarrollo adolescente y van modelando los modos en los que el sujeto se adapta (o no) a su medio y contexto a fin de alcanzar los objetivos deseables culturalmente.

El concepto adolescencia no sólo hace referencia al periodo de tiempo comprendido entre la pubertad y la adultez, con las crisis propias de esa etapa, sino también alude a un grupo social con características y necesidades específicas que ha ido adquiriendo cada vez mayor protagonismo en planos tales como la producción teórica o en el reconocimiento de sus derechos, lo que ha impulsado políticas públicas más ajustadas a sus necesidades.

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido conceptualizada esencialmente desde un enfoque evolutivo, caracterizándose como una etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social del individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS,1965,1975.) consideró a la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y los 20 años, definiéndola como aquel período durante la cual el individuo (biológicamente) progresa desde el punto de vista de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual; los progresos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se dan desde las de un niño a las de un adulto y desde el punto de vista social, se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia.

Sin embargo, desde una perspectiva psicosocial más amplia se considera a la adolescencia como un proceso en permanente construcción y reconstrucción desde diferentes perspectivas, y es objeto de debate entre distintas disciplinas, siendo aún un elemento a discutir las definiciones o edades que se delimitarían a la adolescencia.

A continuación, se señalan tareas esperables del desarrollo a alcanzar en la etapa de la adolescencia<sup>6</sup>:

- ❖ Búsqueda de la independencia emocional de sus padres y otros adultos.
- ❖ Participación y compromiso social con grupos de pares de ambos sexos.
- ❖ Aceptación de sus cambios corporales y de su rol psicosexual de acuerdo con la sociedad.
- ❖ Consolidación del concepto de sí mismo.
- ❖ Desarrollo progresivo de aptitudes, búsqueda vocacional y de independencia económica.
- ❖ Preparación para elección de pareja.
- ❖ Adquisición de pensamiento abstracto.
- ❖ Logro de una moral autónoma con escala de valores propios.

La no consecución de estas tareas, para la mayoría de las personas en desarrollo, resultan ser fuentes de gran tensión y angustia. A su vez, el no logro pudiera incidir en un desarrollo desadaptativo que impida al adolescente avanzar a etapas de individuación, separación y autonomía emocional.

Con el inicio de la pubertad y el desarrollo adolescente surgen una serie de inquietudes en donde adquiere gran relevancia el aprendizaje de las prácticas sexuales no ligadas necesariamente a una actividad procreativa. En ese sentido, aparece una especial preocupación por todo aquello que se relaciona con la respuesta sexual y cómo lograr producir esa respuesta en el otro.

Al inicio de la adolescencia es frecuente encontrar a los y las jóvenes comparándose entre sí, surgiendo sentimientos de frustración y malestar en aquellos/as en que por sus características muestran un proceso más lento que el de los demás. Así mismo resulta normal que la temática sexual forme parte de fantasías, pensamientos y conversaciones dentro del grupo de pares.

Las conductas de exploración son otro elemento que caracteriza a este periodo, sobretodo en los primeros años de la adolescencia, las cuales pueden ser con un otro e incluso en grupos. En algunos grupos de hombres pueden aparecer juegos como la masturbación grupal y la competencia en torno a la eyaculación o el tamaño de sus genitales, mientras que en mujeres puede existir la comparación de sus cuerpos en torno al desarrollo de los mismos. Es aquí donde es posible encontrar adolescentes que de acuerdo a sus características de desarrollo y construcción de su identidad van desarrollando un sentido mucho más individualista exhibiendo una vanidad desmesurada o por el contrario, adolescentes con una autoestima baja, que se sienten poco valiosos e inseguros de sí mismo y de sus capacidades de lograr los objetivos deseados. Como consecuencia de ello, pueden surgir modos desadaptativos de procesar tal conflicto, generando estrategias poco adecuadas de relacionarse con los demás y de expresión afectiva y emocional, así como para conseguir los objetivos que el adolescente desea y sobre los objetivos que socialmente se espera de ellos.

---

<sup>6</sup> SALUD MENTAL: Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato - UC - SENAME - Ucvirtual.

## 2. Adolescencia y sexualidad

Dada la importancia que adquiere el ejercicio de la sexualidad en la juventud y la complejidad que trae aparejada, esta dimensión constituye una fuente importante de investigación que permite aprehender la sexualidad juvenil y, en definitiva, entregar pistas sobre las transformaciones que se presentan actualmente en la sociedad en torno a este tema. Ya sea entendida como problema (por los riesgos asociados) relacionado a un excesivo liberalismo, promiscuidad y descuido; o como la expresión del protagonismo juvenil que en este ámbito sigue las conductas y las pautas de la sociedad en que se desenvuelve la juventud; la sexualidad juvenil debe ser un tema de preocupación del Estado, de los organismos que promueven políticas juveniles y de la sociedad chilena en su conjunto. Como tal, podría ser el objeto de la promoción de conductas de autocuidado que vinculan el desarrollo de la sexualidad juvenil al desarrollo de una vida sexual responsable e informada (INJUV, 2010).

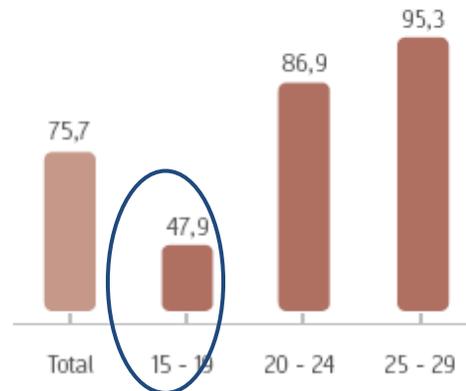
Respecto de las prácticas sexuales, se debe plantear en primer lugar que todas las formas de placer serán válidas en la medida en que ambos miembros de la pareja se encuentren de acuerdo (Ortega, 2005 en CONACE, 2009). En este sentido, el criterio de lo normal o anormal como patrón estadístico no sirve a la hora de evaluar la vivencia o práctica sexual. En sexología, lo normal tiene como límite la no transgresión de la autodeterminación (lo que yo quiero hacer) y el no daño a otros (CONACE, 2009).

## 3. Situación actual sobre sexualidad en la adolescencia.

Respecto de las prácticas sexuales declaradas por la juventud chilena, se tiene una primera distinción que arroja los resultados de la Sexta Encuesta Nacional de Juventud, (...) en cuanto permiten identificar a la población joven iniciada sexualmente y a aquella no iniciada. De esta forma, (...) tres cuartas partes de la población joven declaran estar sexualmente iniciada, mientras que un 23,2% de las y los jóvenes no se han iniciado sexualmente (INJUV, 2010).

De este grupo, se observan diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad, ya que en el grupo de menor edad (entre los 15 y los 19 años) un 47,9% declaró estar iniciado sexualmente, situación que va en aumento progresivo a medida que aumenta la edad. Al desagregar los datos por sexo y nivel socioeconómico se observan porcentajes bastante similares, situación que también ocurre conforme aumenta la edad (INJUV, 2010).

**RELACIONES SEXUALES SEGÚN TRAMO ETARIO**  
Total Muestra (Porcentajes)



Fuente: Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009).

El promedio de edad de iniciación sexual de las y los jóvenes entrevistados corresponde a 16,7 años. A partir de los datos de la Encuesta se advierten leves diferencias por sexo, ya que los hombres se inician más tempranamente (16,4 años) en relación a las mujeres (17,1 años). También queda en evidencia la temprana edad de iniciación sexual, al examinar las respuestas desagregadas de las personas jóvenes, ya que un promedio de 14,6% se inició sexualmente antes de los 15 años. En el caso de los hombres el porcentaje alcanza el 18,1% y para las mujeres baja a un 10,9%. Si a estas cifras se suman los resultados de aquellas/os jóvenes que se iniciaron entre los 15 y los 19 años, se obtiene un promedio de 86,3%, donde los varones registran un 89,2% de iniciación sexual y las mujeres un 83,2% (INJUV, 2010).

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS SEGÚN SEXO, TRAMO ETARIO, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LOCALIDAD													
Muestra: Iniciados/as sexualmente (Promedios)													
	Total	Sexo		Tramo Etario			Nivel Socioeconómico					Localidad	
		Hombre	Mujer	15-19	20-24	25-29	ABC1	C2	C3	D	E	Urbano	Rural
Menos de 15 años	14,6	18,1	10,9	21,8	12,2	12,8	15,3	11,7	14,9	16,8	16,9	14,6	14,6
15 a 19 años	71,7	71,1	72,3	75,7	74,7	66,3	72,4	74,0	72,0	69,8	68,0	71,1	75,8
20 a 24 años	9,2	6,3	12,2	0,0	9,3	14,5	8,6	10,7	8,2	8,1	9,8	9,7	5,9
25 a 29 años	0,4	0,2	0,6	0,0	0,0	1,1	0,0	0,1	1,2	0,4	0,3	0,5	0,1
No sabe/no recuerda	1,5	2,0	1,0	0,8	1,2	2,3	0,9	1,5	0,9	2,0	2,0	1,5	1,6
No responde	2,6	2,2	2,9	1,7	2,6	3,0	2,7	2,0	2,8	3,0	2,9	2,7	2,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009).

Entre las y los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, la gran mayoría reconoce haber mantenido relaciones sexuales en los últimos doce meses (91,2%), lo que se considera un indicador del ejercicio de una sexualidad habitual. En relación al vínculo establecido con la última pareja sexual, las y los jóvenes se inclinan a tener

relaciones sexuales con personas conocidas o cercanas -como lo es la pareja habitual-, situación que se va consolidando a medida que aumenta la edad.

Según las cifras que destaca la encuesta del INJUV, es justamente la población juvenil de los segmentos socioeconómicos más desfavorecidos los que presentan un inicio más temprano de prácticas sexuales.

Sobre el tipo de método de prevención usado en la primera relación sexual, el condón o preservativo es el método más común (85,7%), seguido muy por debajo por el uso de píldora anticonceptiva (19,1%). Es posible visualizar diferencias por sexo en el nivel de uso de cada método, ya que los hombres reconocen más el uso del preservativo (92,8%), mientras que las mujeres optan por el uso de preservativo en un 77,9% y por el uso de píldora anticonceptiva (26,6%). El principal argumento para el uso específico del condón en la primera relación sexual, fue la prevención de un embarazo (90,6%), seguido con porcentajes muy inferiores entre hombres y mujeres jóvenes para protegerse del VIH/SIDA (39,4%) y de otras infecciones de transmisión sexual (37,8%) (INJUV, 2010).

MÉTODO UTILIZADO EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN SEXO, TRAMO ETARIO, NIVEL SOCIOECONÓMICO, LOCALIDAD Y NIVEL EDUCATIVO																
Muestra: Iniciados/as sexualmente - Respuesta por cada categoría (Porcentajes)																
	Total	Sexo		Tramo Etario			Nivel Socioeconómico					Localidad		Nivel Educativo		
		Hombre	Mujer	15-19	20-24	25-29	ABC1	C2	C3	D	E	Urbano	Rural	Sec. e Inf.	Téc. Sup.	Univ. Sup.
Condón o preservativo	85,7	92,8	77,9	90,5	86,1	81,4	93,7	89,6	81,6	82,2	76,8	86,4	79,6	82,7	85,8	90,3
Píldora anticonceptiva	19,1	12,3	26,6	14,8	20,6	20,5	11,6	18,1	22,8	18,9	25,2	18,7	22,3	18,6	22,2	18,4
Coito interrumpido	1,3	1,3	1,3	0,7	1,3	1,8	1,1	1,5	1,8	0,8	0,8	1,3	1,2	0,7	1,7	2,1
Injectables	0,8	0,2	1,5	0,7	0,4	1,4	0,0	0,2	0,5	2,3	0,6	0,9	0,2	1,2	0,3	0,5
DIU	0,8	0,3	1,3	0,5	0,4	1,4	1,6	0,3	0,5	1,3	1,9	0,8	0,9	1,2	0,2	0,5
Métodos naturales	0,5	0,5	0,6	0,7	0,5	0,4	0,4	0,7	0,9	0,0	0,3	0,6	0,2	0,3	0,4	1,0
Píldora del día después	0,4	0,3	0,6	0,9	0,4	0,1	0,0	0,3	1,1	0,3	0,0	0,5	0,0	0,5	0,2	0,4
Diafragma/espermicida	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2
Otro	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2
No responde	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1	0,0	0,0

Fuente: Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009).

Estos datos nos deben llamar la atención pensando en la necesidad de estimular la conciencia de riesgo en contextos psicosocioeducativos como son los planes de intervención y manejo de caso<sup>7</sup>. En ese sentido, talleres, instancias grupales y en dispositivos terapéuticos y de acompañamiento psicológico, ampliando la mirada sobre los riesgos de la actividad no protegida hacia la prevención de infecciones de transmisión sexual. Por otra parte, y no obstante que aparece como la principal preocupación a la hora de utilizar un método de preventivo en la primera relación sexual, la vivencia del embarazo no planificado ha sido experimentada por un tercio de

<sup>7</sup> Ver: Guía Manejo de Caso. DJJ- Sename 2011.

las y los jóvenes chilenos/as, siendo declarada en forma mayoritaria por las mujeres (41,8% y un 18,4% en el caso de los hombres) y aumentan en la medida que se incrementa la edad y en que disminuye el nivel socioeconómico (INJUV, 2010).



Fuente: Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009).

Naturalmente estas cifras ponen en evidencia la clara necesidad del trabajo educativo en torno a la prevención del embarazo adolescente no planificado. Además, es importante visualizar, dada la importante cifra de embarazo no planificado en adolescentes, la necesidad de trabajar aspectos ligados a habilidades parentales por medio de consejerías y talleres complementarios.

En cuanto a las prácticas sexuales de los/as adolescentes en la experiencia nacional, de acuerdo a los resultados de la encuesta, respecto del tipo de pareja, una amplia mayoría de la juventud reconoce haber mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con personas del sexo opuesto, el 4,7% de los varones tuvo relaciones sexuales con hombres y un 1,7% de las mujeres declaró tener relaciones con personas de su mismo sexo (INJUV, 2010).

**PAREJAS SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES SEGÚN SEXO**  
Muestra: Sólo quienes han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses (Porcentajes)

Las relaciones que has tenido los últimos 12 meses han sido		
	Hombre	Mujer
Sólo con hombres	4,7	97,6
Sólo con mujeres	94,5	1,7
Con hombres y mujeres	0,6	0,6
No responde	0,3	0,0
Total	100	100

Fuente: Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009).

### **III. LINEAMIENTOS PARA EL TRABAJO PRÁCTICO EN EL ÁREA DE LA SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL**

---

#### 1. Estrategias en educación sexual desde la perspectiva de la prevención y el autocuidado.

Los datos entregados en la 6<sup>ta</sup> Encuesta Nacional del INJUV evidencia, como se vio anteriormente, el inicio temprano de la población joven en prácticas sexuales penetrativas, siendo los/as jóvenes de los niveles socioeconómicos más desprotegidos quienes se inician más tempranamente en éstas. El uso de tecnología preventiva es menor en el caso de jóvenes con menos recursos socioeconómico, tanto en la primera relación sexual como en la última; igualmente, es este segmento socioeconómico de la población joven el que consigna menor realización del test del SIDA; y es también éste el que experimenta la mayor ocurrencia de embarazos no planificados (INJUV, 2010). Al considerar que este segmento más vulnerable de la población adolescente es el principal usuario de la red SENAME, resulta primordial desarrollar estrategias mediante políticas, actividades y otro tipo de intervenciones psicosocioeducativas que promuevan prácticas sexuales informadas y seguras, así como la conciencia de riesgos y estrategias de autocuidado, considerando los contextos de privación de libertad en los que operan los centros de administración directa del Servicio.

##### 1.1. Factores protectores y de riesgo para la salud sexual:

En virtud del trabajo preventivo y autocuidado, es importante reconocer cuáles son los factores protectores o condiciones individuales y sociales que operan en la salud y bienestar, y cuáles los factores de riesgo que pueden afectarla y, que por tanto, es necesario controlar y evitar respecto de la salud sexual en adolescentes y jóvenes. Esto implica una mirada integral de las personas, en su esfera individual, relacional-interaccional, así como en su entorno cultural (CONACE, 2009).

Estos factores de riesgo y protección se presentan tanto a nivel individual como en la familia, el grupo de pares, el ámbito educacional y/o laboral, así como en la esfera social y cultural<sup>8</sup>:

##### 1.1.1. Esfera individual

###### Factores de riesgo:

- ❖ Prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA y/o ITS
- ❖ Infecciones de transmisión sexual (ITS)

---

<sup>8</sup> En Orientaciones para la intervención en sexualidad, CONACE 2009.

- ❖ Patología psiquiátrica
- ❖ Uso problemático de drogas y/o alcohol
- ❖ Patologías asociadas al tracto reproductivo
- ❖ Infección urinaria
- ❖ Niveles bajo de autoestima
- ❖ Incapacidad de autocontrol, impulsividad y baja tolerancia a la frustración
- ❖ Falta de autonomía en la acción y toma de decisiones
- ❖ Dificultad para reconocer y expresar sentimientos
- ❖ Actitud evasiva ante los problemas/conflictos

Factores de protectores:

- ❖ Prácticas sexuales seguras e informadas, abstinencia o utilización de medidas de protección contra las ITS, VIH/SIDA y embarazo no deseado.
- ❖ Concepto positivo de sí mismo
- ❖ Autonomía acorde con la edad
- ❖ Responsabilidad, en términos de conocimiento y manejo de las consecuencias de las propias conductas.
- ❖ Interiorización de límites y normas
- ❖ Habilidades para la resolución de conflictos
- ❖ Autocontrol emocional y conductual
- ❖ Habilidades sociales: asertividad, petición de ayuda, habilidad para decir no, habilidades de negociación sexual.
- ❖ Capacidad para reconocer y expresar sentimientos
- ❖ Tolerancia a la frustración
- ❖ Presencia de metas personales y proyectos de vida.

1.1.2. Esfera relacional-interaccional en el ámbito familiar

Factores de riesgo:

- ❖ Falta de cohesión del grupo familiar y aislamiento emocional de sus propios miembros.
- ❖ Ausencia de modelos genéricos y afectivos
- ❖ Ausencia de límites y normas claras respecto del cuidado del propio cuerpo, el pudor y la intimidad.
- ❖ Exceso de protección, disciplina severa, restricción de espacios sociales.
- ❖ Falta de reconocimiento y aceptación del hijo o de la hija
- ❖ Ausencia de participación y disfrute en el uso del tiempo libre
- ❖ Situación de estrés de la familia por problemas económicos, de pareja, etc.
- ❖ Presencia de violencia intrafamiliar

- ❖ Alcoholismo y/o drogadicción de alguno de los miembros de la familia.

Factores de protectores:

- ❖ Límites y normas claras
- ❖ Reconocimiento y aceptación del hijo
- ❖ Experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia; apoyo para superar los fracasos.
- ❖ Ambiente afectivo familiar
- ❖ Cohesión del grupo familiar
- ❖ Rechazo a las conductas de riesgo y refuerzo de conductas protectoras
- ❖ Modelos de conducta positiva en los padres (o cuidadores)
- ❖ Supervisión y procedimientos de control adecuados sobre sus conductas
- ❖ Seguimiento y apoyo en el rendimiento y asistencia escolar
- ❖ Participación y disfrute en el tiempo libre familiar
- ❖ Adecuado estilo de resolución de conflictos (no violento), ambiente de humor y calidez.

1.1.3. Esfera relacional-interaccional en el ámbito relaciones con el grupo de iguales

Factores de riesgo:

- ❖ Excesiva dependencia del grupo
- ❖ Inclusión en grupos proclives a la transgresión y con actitudes tendientes al riesgo
- ❖ Oportunidades para incurrir en conductas problemáticas
- ❖ Exposición y valoración de modelos que manifiestan conductas de riesgo
- ❖ Dificultad para establecer relaciones interpersonales
- ❖ Escaso desarrollo de habilidades sociales
- ❖ Pautas culturales de diversión asociadas a descontrol
- ❖ Escasez de alternativas de uso del tiempo libre

Factores protectores:

- ❖ Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio frente a la presión de los pares
- ❖ Toma de decisiones personales acordes al proyecto vital
- ❖ Habilidades para el desarrollo de relaciones de respeto, tolerancia y solidaridad

- ❖ Inclusión en grupos con ausencia de conductas desadaptativas
- ❖ Participación en grupos y sentido de pertenencia
- ❖ Red amplia de amigos que otorguen contención emocional
- ❖ Competencia social para establecer relaciones interpersonales
- ❖ Acceso a actividades y recursos positivos para el ocio y otras actividades informales

1.1.4. Esfera relacional-interaccional en el ámbito educacional y/o laboral

Factores de riesgo:

- ❖ Dificultades de adaptación
- ❖ Sensación de inutilidad y desmotivación
- ❖ Ambientes autoritarios o jerárquicos
- ❖ Ausentismo y pasividad
- ❖ Ausencia de modelos de referencia en los profesores/tutores/superiores
- ❖ Experiencia de poca competencia: fracaso escolar y abandono temprano de los estudios
- ❖ Falta de preparación y de oportunidades; intereses y niveles de aspiración bajos
- ❖ Ausencia de programas de educación, consejería y atención en salud sexual y reproductiva

Factores protectores:

- ❖ Integración escolar y/o laboral
- ❖ Adecuado rendimiento y auto concepto positivo
- ❖ Integración grupal, sentido de pertenencia
- ❖ Interiorización de normas y adaptación grupal
- ❖ Relaciones cercanas con los profesores, buena comunicación
- ❖ Experiencias de reforzamiento positivo ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia: apoyo a superar los fracasos
- ❖ Valoración institucional/organizacional de la salud sexual y reproductiva
- ❖ Presencia de programas de educación, consejería y atención en salud sexual y reproductiva
- ❖ Noción y ejercicio de los derechos

1.1.5. Esfera social y cultural

Factores de riesgo:

- ❖ Situación socioeconómica precaria

- ❖ Hacinamiento
- ❖ Aislamiento geográfico
- ❖ Problemas de integración e inclusión social
- ❖ Desestructuración social
- ❖ Ausencia de apoyo social: escasos recursos comunitarios
- ❖ Accesibilidad a sustancias ilícitas y tráfico de drogas
- ❖ Ausencia de espacios recreativos
- ❖ Desigualdad en la relación entre los géneros
- ❖ Dificultades de acceso a servicios de salud
- ❖ Discriminación social
- ❖ Presencia de mitos y creencias erróneas en torno a la sexualidad

Factores protectores:

- ❖ Organización social adecuada
- ❖ Cohesión social en el barrio
- ❖ Relaciones positivas de vecindad
- ❖ Apoyo social y protección a niños y adolescentes
- ❖ Recursos comunitarios suficientes, conocimiento y accesibilidad a los mismos
- ❖ Accesibilidad a servicios de salud
- ❖ Integración e inclusión social
- ❖ Oportunidades educativas y laborales
- ❖ Tolerancia a la diversidad

Cabe destacar que dentro de los procesos de evaluación e intervención el identificar factores protectores y de riesgo en los niveles antes identificados resulta fundamental para orientar, planificar y desarrollar procesos de intervención canalizados a través de los planes de intervención individual o de trabajo de cada adolescente atendido, siempre orientados a favorecer la restitución de derechos y el desarrollo de procesos reparatorios.

## 2. Consejería para adolescentes

Los espacios de consejería son procesos en los cuales, ya sea, el personal encargado de supervisar y acompañar a los adolescentes y jóvenes o directamente por el personal encargado de salud del centro, los escucha, informa y orienta en la temática de consulta brindando información amplia y clara considerando las necesidades y problemática en particular, tratando de apoyar y modelar de cierta manera la implementación y mantenimiento de comportamientos saludables y adecuados a las necesidades del desarrollo, y es específico, las relacionadas con el ámbito de la sexualidad y la salud sexual de los/as adolescentes.

Desde esta perspectiva se busca que sea el propio joven el que participa en la solución de sus problemas tomando sus propias decisiones y definiendo las opciones, comprendiendo que las personas avanzan hacia la madurez resolviendo sus dificultades mediante la exploración y comprensión de sí mismos y actuando en base a las propias decisiones.

Como se ha planteado, la etapa de la adolescencia es el periodo donde los sujetos se enfrentan a situaciones de mayor presión, conflicto e incluso riesgo sin contar necesariamente con herramientas y recursos para enfrentarlas de buena manera. Por ello es relevante el establecimiento de espacios de acompañamiento e información cercanos y de confianza como lo es la consejería, en donde se aborden temáticas referentes a la sexualidad en general, salud sexual y reproductiva e ITS/SIDA, intentando corregir mitos e información errónea, evitando entrar en otros temas que no corresponden al motivo de consulta y la situación específica que se aborda. Se recomienda además, hablar en términos simples y precisos, escuchar atentamente cuáles son las palabras utilizadas y considerar los conocimientos previos acerca de la temática particular que atañe la situación del/a adolescente.

La consejería debe estar a cargo del personal relacionado con el ámbito de la salud, interventores clínicos o a quien se haya determinado para esta tarea, asegurando que todos los involucrados hayan recibido información y preparación en la temática, ya sea gestionada con instancias externas o por equipos de estudios al interior del CIP CRC. Este equipo deberá mantener una actitud cercana, de confianza y confidencialidad con el/la adolescente, complementando así las acciones desarrolladas por el dispositivo de salud, orientando al/la adolescente y promoviendo su utilización, ya sea, en ámbito del diagnóstico y prevención así como en el ámbito de la intervención y el tratamiento, acompañando y orientando durante el proceso. Se espera además puedan gestionar mediante acciones intersectoriales todas aquellas instancias que favorezcan la implementación de la temática en el centro.

Es muy importante poner en práctica acciones tendientes a educar a la población no sólo con el fin de obtener conocimientos sobre el tema, sino también de favorecer el pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad, tales como:

- Desarrollar habilidades y destrezas para abordar reflexivamente la influencia de los medios masivos, específicamente en los adolescentes, y la influencia de otros jóvenes o pares y de la cultura misma sobre los comportamientos y decisiones en el ámbito de la sexualidad.
- Promover el autoreconocimiento y aceptación como seres sexuados y sexuales.
- Desarrollar roles de género en un marco de respeto y relaciones justas entre seres humanos
- Promover un comportamiento sexual responsable en relación a la planificación familiar, crianza de los/as hijos/as, manejo y control de los factores de riesgo de problemas de salud sexual.

### 3. Orientación y difusión de estrategias de prevención y tratamiento de Infecciones VIH/SIDA e ITS

El Ministerio de Salud define en su página web<sup>9</sup> a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como un grupo heterogéneo de enfermedades transmisibles, que afectan a hombres y mujeres, y cuyo elemento en común es la transmisión por vía sexual. Las ITS más frecuentes en Chile son: condiloma acuminado, sífilis, gonorrea, herpes, infección por chlamydias e infecciones vaginales.

Las personas que presentan alguna infección de transmisión sexual pueden adquirir más fácilmente el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que es el virus que provoca el SIDA o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El tratamiento oportuno de estas infecciones evita las complicaciones y secuelas, disminuyendo la probabilidad de adquirir el VIH. Todas las ITS se pueden prevenir, diagnosticar y tratar.

Por su parte, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), puede transmitirse mediante la vía sexual, sanguínea (transfusión, utilización de jeringas y agujas infectadas, por ejemplo), y vertical, es decir de una embarazada que vive con VIH a sus hijos/as durante la gestación, parto o lactancia. Sin embargo, la vía de transmisión más común en Chile es la vía sexual ya sea homo como heterosexual.

La etapa avanzada de la acción de este virus se le denomina SIDA. El VIH tiene la particularidad de atacar y destruir en forma progresiva al Sistema Inmunológico de la persona que la contrae haciéndole progresivamente más susceptible a adquirir enfermedades sin poder contrarrestarlas adecuadamente por el organismo.

El Virus se encuentra principalmente en la sangre, el semen o el flujo vaginal de una persona que lo contrae. Esto hace que una de las principales vías de transmisión sean las relaciones sexuales sin protección. Entre ellas, las prácticas ano-genitales son las que se asocian a mayor riesgo para adquirir el virus del VIH, siendo el/la compañero/a receptivo/a el/la más expuesto/a.

En las prácticas heterosexuales el riesgo es bidireccional, sin embargo la probabilidad de transmisión hombre-mujer resulta mucho mayor que viceversa. Además de todo lo anterior, es importante señalar que el riesgo de transmisión siempre aumenta cuando se presenta una ITS y/o cuando existen múltiples parejas sexuales.

Otro factor que aumenta la probabilidad de contraer alguna ITS o VIH, son las relaciones sexuales practicadas entre hombres, como lo es el coito anal sin protección (factor de alto riesgo para la transmisión del VIH), y aún más cuando ésta se lleva a cabo sin lubricación, o cuando el coito es forzado. Lo anterior coloca alertas, en tanto la característica de encierro de la población atendida puede generar relaciones de tensión y jerarquías entre los jóvenes y adolescentes, alianzas y enemistades que pueden llevar a situaciones de abuso y agresiones de tipo sexual. La prevención de este tipo de prácticas debe ser materia de abordaje de los equipos técnicos, desde una

---

<sup>9</sup> [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_problemas/g\\_its/vih.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_problemas/g_its/vih.html)

perspectiva educativa de promoción y prevención, lo cual se propone más adelante, en el punto referido al proyecto de modelos no violentos de masculinidad y prevención de violencia masculina.

Asegurar la disponibilidad de información referente a la prevención de ITS y VIH/SIDA para todos los adolescentes y jóvenes atendidos en el centro, debe ser un objetivo de importancia para el equipo, el cual puede concretarse mediante la disposición de material informativo y educativo relacionado al VIH/SIDA e ITS, modos de contagio, factores de riesgo y sus consecuencias.

El nivel de complejidad de las variables ligadas tanto a la prevención del VIH e ITS como a la atención integral de éstas, precisa de un enfrentamiento desde un enfoque integral a partir del aporte de los distintos sectores ligados a ésta problemática, principalmente desde el sector Salud en cualquiera de los dispositivos asociados al CIP CRC, al cual el equipo SENAME pudiese acudir de ser necesario, ya sea estableciendo la vinculación ante la necesidad de diagnóstico o atención, o bien en el desarrollo de un rol activo por parte de la población a buscar orientación, diagnóstico o atención oportuna cuando hubiese indicios de contagio de alguna ITS/VIH, u otra problemática que amerite de atención especializada en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Se espera de esta forma, promover el diagnóstico precoz y voluntario del VIH e ITS en jóvenes y adolescentes atendidos en el centro mediante la derivación a los dispositivos de salud correspondientes al territorio y facilitando la vinculación que garantice la atención oportuna.

### 3.1. Discriminación y VIH/SIDA

En la legislación chilena es posible encontrar las siguientes definiciones para el concepto *discriminación*:

3.1.1. El Artículo 6º de la Ley Nº 20.422 que establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, indica que Discriminación corresponde a “toda distinción, exclusión, segregación o restricción arbitraria fundada en la discapacidad, y cuyo fin o efecto sea la privación, perturbación o amenaza en el goce o ejercicio de los derechos establecidos en el ordenamiento jurídico”.

3.1.2. Por su parte la ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación define en su artículo 2º el concepto de discriminación arbitraria de la siguiente manera “...toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de la República o en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, en particular cuando se funden en motivos tales como la raza o

etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicación o participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad.

La evidencia internacional confirma que las formas de estigma y discriminación incrementan la vulnerabilidad social de las personas, contribuyen a su marginación, dificultan el ejercicio de derechos y la prevención de enfermedades como el VIH/SIDA.

La relación que se ha establecido entre la discriminación arbitraria y la epidemia del VIH/SIDA, se asocia a algunos temores instalados en nuestra la sociedad, tales como a la enfermedad, a la muerte y las múltiples preocupaciones relacionadas con la sexualidad humana. Se agregan una serie de mitos sobre la transmisión del virus y su asociación a grupos socialmente marginados, como quienes ejercen el comercio sexual y los hombres que tienen sexo con otros hombres.

De esta forma, el estigma vinculado al VIH/SIDA no es algo que reside solo en las mentes de las personas, sino que constituye un *producto social*, que afecta sin distinción "a hombres y mujeres, jóvenes y viejos, ricos y pobres... en cualquier país, sin que importen la magnitud ni las consecuencias de la epidemia misma" (Comprensión y Respuesta al Estigma y a la Discriminación por el VIH/SIDA en el Sector Salud, OPS, 2003).

Como resultado de esta discriminación, no solo se puede violar los derechos de las Personas que viven con VIH, sino también los de sus familias y personas cercanas, situación que incrementa el impacto negativo de la epidemia. En este sentido, la protección y la promoción de los derechos humanos puede contribuir sustantivamente a reducir la vulnerabilidad a la epidemia, así como a prevenir el estigma y la discriminación hacia quienes viven con el virus del VIH.

Por otro lado, también han sido motivo de estigma y discriminación las identidades, orientaciones, preferencias y prácticas sexuales que difieren del patrón heterosexual, el grado extremo de discriminación ocurre cuando los países, dentro de sus políticas públicas, discriminan a determinadas poblaciones, privándolas de acceso a reconocimiento o beneficios, colocándolas en situación de minusvalía respecto a otros grupos, sólo por su orientación sexual e identidad de género.

En su cuadragésima asamblea general, el 8 de junio de 2010, la Organización de los Estados Americanos (OEA), aprobó una resolución

sobre Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género en los países de las Américas. En dicha resolución se condenan los actos de violencia y las violaciones de derechos humanos contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género y se alienta a los Estados miembros a considerar medios para combatir la discriminación contra personas a causa de su orientación sexual e identidad de género.

En la estrategia *Llegar a Cero* para el período 2011-2015, ONUSIDA plantea que los contextos legales y sociales que no ofrecen protección frente al estigma y la discriminación, o que no facilitan el acceso a los programas relacionados con el VIH siguen obstaculizando el acceso universal a prevención y atención. Establece que los países deben hacer más esfuerzos para generar conciencia sobre los derechos humanos relacionados con el VIH y protegerlos, incluidos los de mujeres y niñas; instaurar entornos legales que protejan a las personas seropositivas y a los grupos de población más expuestos a contraer el virus; y garantizar que las comunidades con más carencias y más vulnerables reciben cobertura del VIH. Además, las personas seropositivas y las más expuestas a la infección deberían conocer sus derechos relacionados con el virus y recibir apoyo para poder defenderlos<sup>10</sup>.

Por otra parte, la declaración conjunta de los Ministerios de Salud y Educación para detener el VIH y las ITS en Latinoamérica y el Caribe, realizada en Ciudad de México en agosto de 2008, en el marco de la Conferencia Internacional de SIDA, establece que los firmantes reafirman su compromiso con la no discriminación y reconocen la responsabilidad del Estado para la promoción del desarrollo humano, incluyendo la salud y la educación, así como la implementación de estrategias efectivas para educar y evitar la adquisición y transmisión del virus entre las nuevas generaciones y combatir toda forma de discriminación.

#### 4. La maternidad y paternidad en la adolescencia<sup>11</sup>.

Una de las temáticas ineludibles al hablar de sexualidad y salud sexual infanto-adolescente, es el embarazo, maternidad y paternidad. Considerado como un proceso complejo (el embarazo y parto), que conlleva un incremento en los riesgos a la salud de la adolescente embarazada. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

---

<sup>10</sup> ONUSIDA, *Llegar a Cero*, estrategia 2011-2015. Ginebra 2010.

<sup>11</sup> "Consideración de la salud y derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma a la salud en Chile", Irma Palma Universidad de Chile.

Un ámbito relevante de considerar cuando se abordan los temas de sexualidad, género, y salud sexual y reproductiva, dice relación con los efectos que puede llegar a tener el embarazo adolescente no deseado en las trayectorias de vida de los y las adolescentes y jóvenes.

Desde una mirada sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas.

El padre adolescente por su parte, es un actor socialmente invisibilizado, que en muchos casos carece de códigos culturales que le permitan vincularse afectiva, ética o normativamente de una manera distinta que la evasión. Las respuestas masculinas responsables ante el embarazo están aún en construcción; desde luego, la figura del padre soltero no está plenamente constituida aún. Desde una perspectiva biográfica, el acontecimiento del embarazo con frecuencia constituye para el hombre joven un suceso que trastorna sus proyectos y quiebra su curso biográfico. Surge como un impedimento a la realización personal o a las aspiraciones de ascenso social. Implica pensar en otros aspectos que no se habían considerado y es sentido como un error o una equivocación, por la que se paga un costo.

Si los padres comparten la responsabilidad del nuevo hijo, los adolescentes deben ingresar al mercado del trabajo, sin haber terminado su formación escolar o profesional, con la consiguiente inequidad en las oportunidades para enfrentar su futuro laboral. Ciertamente, la sociedad no ofrece condiciones para que tal experiencia sea integrada sin perjudicar el desarrollo y la integración social del hombre, no obstante, ello implica que la mujer debe asumir en condiciones de mayor inequidad aún tales efectos sobre sí misma y sobre su hijo/a.

Es por ello que resulta de gran importancia el abordaje educativo y preventivo que evite la ocurrencia de embarazos no deseados y su impacto en el desarrollo adecuado de un/a adolescente. Así mismo es de gran importancia en este contexto educativo para la prevención, describir los métodos de anticoncepción efectivos y su nivel de eficacia. Es necesario poder describir los beneficios personales y los posibles riesgos asociados con los métodos anticonceptivos disponibles, no olvidando que la abstinencia resulta el mejor método de prevención del embarazo adolescente no deseado/planificado. Además, se debe contemplar dentro de las posibilidades el uso de la anticoncepción de emergencia que puede prevenir embarazos no planificados producto del uso incorrecto (y no uso incluso) de métodos anticonceptivos convencionales, el mal funcionamiento del anticonceptivo o incluso de agresiones sexuales<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> UNESCO (2010). Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Traducción no oficial. Santiago de Chile.

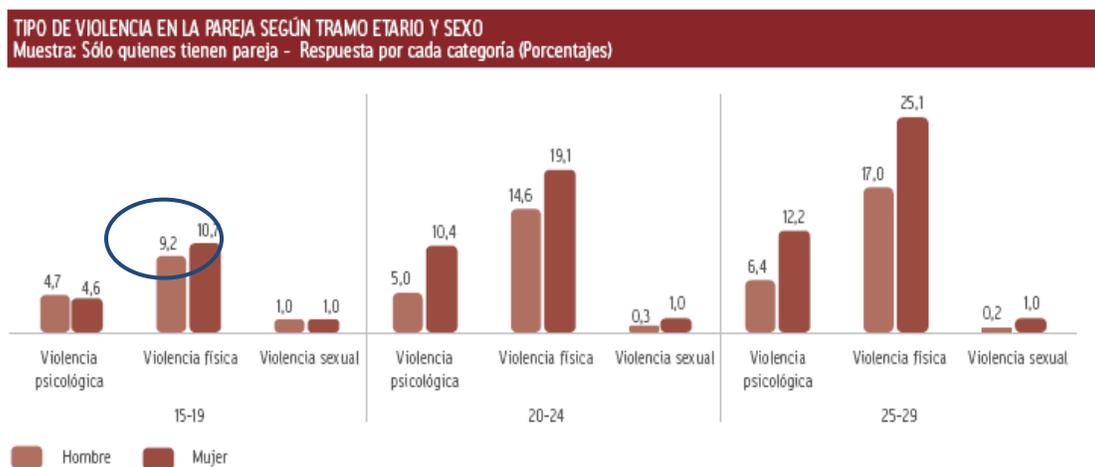
Toda acción referida a la promoción de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, debe entregar conocimientos, competencias y un marco valórico que permita enfrentar con responsabilidad su vida sexual. Es la educación mediante información clara y oportuna lo que favorece la percepción de riesgo y el autocuidado.

## 5. Identidad y género: modelos no violentos de masculinidad

En lo que se refiere a masculinidad, por mucho tiempo se asumió que los hombres adolescentes tenían menos necesidades que las mujeres de su misma edad, en términos de atención y cuidado de salud. No obstante, la mirada actual visualiza en hombres jóvenes vulnerabilidades en su salud física y mental, que pueden poner en riesgo la salud de otras y otros. Por ejemplo, enfrentan altas tasas de muertes tempranas, están expuestos a ITS y al VIH/SIDA, abuso de sustancias, entre otros. Además, los hombres jóvenes están directamente involucrados en muchos de los problemas de salud que enfrentan mujeres jóvenes, incluyendo ITS, complicaciones relacionadas con el embarazo, violencia sexual y doméstica, entre otras (Cultura Salud/EME, 2010).

Los porcentajes que se presentan a continuación corresponden a la declaración de presencia de violencia en la pareja juvenil frente a la definición de violencia física, psicológica y sexual entendida como: "cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito privado como en el público" (Cuestionario Sexta Encuesta Nacional de Juventud, 2009 en INJUV, 2010).

En la Sexta Encuesta Nacional de la Juventud las diferencias entre las declaraciones de hombres y mujeres jóvenes, respecto a la experiencia de la violencia en la pareja, se presenta en desigual intensidad según tipo de violencia y tramos etarios (INJUV, 2010). En acuerdo a los, se puede constatar que la violencia física es la que está más presente en las relaciones de pareja de las personas jóvenes, seguida de la violencia psicológica y, por último, la violencia sexual, con un mínimo porcentaje de menciones (INJUV, 2010).



Fuente: Sexta Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2009).

Estas problemáticas sugieren la necesidad de incorporar estrategias de trabajo con los/as adolescentes que aborden temáticas como la violencia de género, generación de modelos no violentos de masculinidad, así como problematizar actitudes y comportamientos contrarios a una visión igualitaria y de respeto entre géneros como el sexismo, la homofobia, la misoginia, etc.

En concordancia con esto, desde el año 2011 el Departamento de Justicia Juvenil de SENAME viene desarrollando una estrategia relativa prevención de violencia con y entre adolescentes hombres y mujeres, avanzando en la construcción de espacios de resignificación de lo femenino y lo masculino, y su vinculación con la violencia de género, contribuyendo a la reflexión y construcción de relaciones equitativas entre hombres y mujeres.

Para el desarrollo de esta estrategia, el Servicio cuenta con material de apoyo para la generación de módulos prácticos de trabajo grupal para el abordaje de estos temas, el cual se denomina "Previniendo la violencia con jóvenes: talleres con enfoque de género y masculinidades" elaborado por la organización Culturasalud para SENAME y que se encuentra disponible en formato digital en [www.culturasalud.cl](http://www.culturasalud.cl)

La finalidad de la realización del proyecto y la aplicación del manual es promover que los adolescentes:

- Sean capaces de cuestionar la cultura machista y sus consecuencias como el sexismo, la violencia y la homofobia.
- Amplíen su repertorio de estrategias de resolución de conflictos, crean en el diálogo y en la negociación en sus relaciones, en vez de la violencia como mecanismo para solucionar conflictos.
- Puedan prevenir la violencia de género cuestionando las actitudes que justifican dicha forma de violencia. No crean ni usen la violencia contra sus parejas.
- Prevenir el ejercicio de cualquier forma de violencia.
- Conozcan y visibilicen las distintas formas de violencia en nuestra sociedad y sepan prevenirlas (CulturaSalud/EME, p.1513).

Además a estos contenidos se suma un modulo que busca la sensibilización y prevención de la violencia sexual, además de su identificación como factor de riesgo para la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.

Dicho trabajo está dirigido a la comprensión de qué es la violencia sexual y cómo se manifiesta en diversas situaciones, así como a educar en el derecho de las personas a tener encuentros y relaciones sexuales libremente elegidos y consensuados.

---

<sup>13</sup> Culturasalud. (2010) Hombres Jóvenes por el fin de la Violencia. Manual para facilitadores y facilitadoras. Santiago de Chile: Cultura Salud/EME. Disponible en: <http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2010/04/2010-4-Manual-Hombres-Jovenes-por-el-Fin-de-la-Violencia.pdf>

Para mayor detalle del Proyecto de Prevención de Violencia, los talleres y la metodología, ver el documento "Orientaciones para la intervención con enfoque de género 2012" elaborado por el departamento de justicia juvenil y el manual para los talleres prácticos<sup>14</sup>.

## 6. Integración de la diversidad en la identidad sexual

Si bien la homosexualidad no debe ser vista en ningún caso como una anomalía o trastorno, no podemos dejar de considerar la confusión que genera para los/as adolescentes el asumir o no, una determinada orientación sexual o bien presentar conductas homosexuales o bisexuales. Lo anterior se complejiza aún más si se tiene en cuenta el impacto de la institucionalización y la privación de libertad con las consecuencias ligadas a la aparición del síndrome de prisionización, la adopción de patrones conductuales ligados a la cultura carcelaria y la experimentación de vínculos afectivos entre pares como vehiculizador del impulso sexual que adquiere gran preponderancia desde la pubertad y la adolescencia, considerando obviamente que su importancia persiste a lo largo del curso de la vida.

Todo ello plantea el desafío de abordar necesidades especiales de atención, tanto a nivel individual en espacios conversacionales de escucha y de orientación que aseguren la confidencialidad y el respeto por los temas tratados ahí, así como a nivel grupal mediante espacios psicosocioeducativos dirigidos a disminuir prejuicios y actitudes como la homofobia y la discriminación, que aún se encuentran presentes de algún modo en nuestra sociedad.

Así mismo, quienes trabajan en línea directa de intervención con adolescentes deben saber reconocer a tiempo sus propios prejuicios e intentar abordarlos a fin de otorgar una atención cercana, comprensiva y abierta que permita establecer una relación de confianza y de ayuda. En ese sentido, es importante que a quien le corresponde ejercer acciones de carácter interventivo en estos casos, sepa plantear oportunamente cuando existan barreras personales que obstaculicen una relación adecuada durante la atención, ya que muchas personas portan fuertes prejuicios y actitudes negativas acerca de la homosexualidad o simplemente pueden sentirse incómodos con la temática.

Otro elemento importante de considerar tiene que ver con la necesidad de que los interventores a cargo del trato directo con los adolescentes que se encuentren en este tipo de situaciones, logre distinguir entre lo que serían conductas de carácter sexual de lo que es el desarrollo y definición de la identidad sexual o identificación con una orientación sexual. Esta distinción resulta primordial a la hora de establecer estrategias de trabajo en cada caso, dada las diferentes necesidades que se desprenden según sea la condición de los/las adolescentes. Puede ocurrir que un adolescente tenga una orientación heterosexual pero incurra en conductas homosexuales, ya sea, a partir de la exploración o en contextos especiales como es la

---

<sup>14</sup> Ídem.

privación de libertad, donde prácticamente no hay acceso a personas del otro sexo. Así mismo, puede ocurrir que un adolescente con una orientación homosexual realice conductas heterosexuales, pues podría aún no asumir su orientación o bien desear mantenerla oculta por temor a sufrir la discriminación, e incluso maltrato por parte de pares y/o adultos incluso. En este mismo sentido, es importante además tener en cuenta que una persona puede identificarse con una orientación sexual determinada sin necesariamente haber experimentado una conducta sexual explícita, por ejemplo puede una adolescente tener certeza de que es heterosexual, sin haber tenido relaciones sexuales con un hombre, o puede un joven saber que es homosexual, sin haber experimentado una conducta homosexual, pues ha sabido con anterioridad que su objeto de afecto y deseo se inclina hacia personas de su mismo sexo. Por lo anterior, es de vital importancia que educadores y profesionales guarden especial cuidado en establecer juicios respecto a la sexualidad de los/las adolescentes a partir sólo de la conducta observable o ciertos comportamientos estereotipados que éstos/as pudieran presentar.

Ante la presencia de indicadores relacionados con la presencia de conductas sexuales, sean homo, heterosexuales o bisexuales, o elementos que hagan pensar en una orientación sexual de este tipo, es necesario se disponga de un espacio que permita conocer y comprender la situación de los/as adolescentes, y a partir de ello estimar si existen o no elementos que permitan hablar de una orientación sexual más o menos definida o de conductas sexuales, sin mediar necesariamente una identificación con una orientación sexual determinada, y de acuerdo a esto, establecer el tipo de estrategia a desarrollar en la intervención, recordando que esta debe estar libre de discriminación y prejuicios.

Junto con lo anterior, es importante la identificación de comportamientos de riesgo en la esfera de la sexualidad y ofrecer espacios de consejería mediante una relación de confianza que aborde la problemática desde una perspectiva de educativa y de autocuidado. En ese sentido, una de las aristas que pudieran ser trabajadas desde esta perspectiva es lo que refiere a la utilización y diferenciación de los espacios y los contextos en los que se dan cierto tipo de comportamientos, definiendo y delimitando criterios de adecuación dentro de lo que son los espacios públicos y lo que son los espacios privados.

Independiente de la orientación sexual de los y las adolescentes con quienes trabaje el equipo, se debe poner especial énfasis en estimular la conciencia relativa a las conductas sexuales de riesgo y sus consecuencias. Si se visualizaran comportamientos de riesgo entre adolescentes en contexto privativo, es esperable que los equipos indaguen sobre el tipo de vínculo que se establece, poniendo especial énfasis en asegurar que sea en un contexto de respeto mutuo y no mediante algún tipo de coacción de un/a joven sobre otro/a, en tal caso, se debieran desplegar acciones necesarias para cautelar las garantías de los adolescentes frente a alguna situación de vulneración o abuso.

Respecto a lo anterior, existe una normativa<sup>15</sup> dirigida a informar sobre los procedimientos ante la ocurrencia de hechos constitutivos de maltrato, ya sea físico, como psicológico y delitos, incluido el abuso y delitos de connotación sexual, contra adolescentes y jóvenes atendidos en centros, la cual mandata comunicar a autoridades correspondientes en caso de acontecer un hecho de este tipo y adoptar las medidas necesarias para garantizar medidas de protección y resguardo de la salud del/la adolescente que ha sido objeto de una situación de abuso o vulneración de sus derechos. Es de responsabilidad de toda persona que se desempeña en el contexto de intervención con adolescentes en SENAME, el velar por el bienestar de estos y, por tanto, porta la responsabilidad de denunciar el abuso, así como de proporcionar protección a la víctima y facilitar el acceso a los dispositivos de salud en términos preventivos (en el caso del tratamiento de profilaxis, por ejemplo) como de atención de urgencia, de ser necesario.

En caso de presentarse una situación de mutuo acuerdo y constatando un vínculo afectivo significativo entre adolescentes, es labor del equipo garantizar el derecho a la manifestación de la sexualidad procurando siempre entregar todas herramientas para que las personas adopten conductas seguras, saludables e informadas, adecuándose a los espacios que conforman nuestros centros de administración directa y las normativas internas de cada uno de ellos, considerando el contexto obligado de privación de libertad y estableciendo, como se dijo anteriormente, distinciones claras en torno a las manifestaciones y expresión apropiadas para los espacios públicos de las que resultan adecuadas sólo dentro del espacio de intimidad.

Para lograr lo anterior es primordial que este tipo de fenómenos sean supervisados desde una perspectiva cercana y comprensiva (consejería) que permita conocer y seguir el proceso incluyéndolo dentro de los dispositivos de atención individual con el/la adolescente y en los espacios de análisis de caso que permita al equipo abordar el tema y tomar decisiones desde la perspectiva más amplia posible.

## 7. Venusterio como derecho de adolescentes privados/as de libertad.

El Venusterio define al uso de un espacio destinado especialmente para el encuentro íntimo entre parejas, estando uno o ambas personas privadas de libertad, y que para efectos del Reglamento de la ley 20.084, resulta una instancia a la que se debe acceder por derecho y nunca por beneficio. Entendiendo que el único derecho enajenado del adolescente en este contexto es el de la libertad de tránsito, por el hecho de haber sido condenado a una pena privativa de libertad o haberse determinado por el tribunal la internación provisoria para investigación, sin embargo, todos los demás derechos permanecen intactos, entre ellos, el derecho a poder desarrollar una vida afectiva y sexual de acuerdo a la etapa del desarrollo evolutivo que atraviesa.

---

<sup>15</sup> Normativa interna: Ver Oficio Circular N° 18 / N° 25.

No es un misterio la problemática de los centros destinados a ejecutar condenas o medidas en el marco de la ley de responsabilidad penal adolescente, relacionada con la emergencia de conductas ligadas a la cultura carcelaria propia del sistema penal de adultos y que se desliza hacia el sistema penal adolescente, especialmente con comportamientos sexuales intrapenitenciarios, que como se puede asumir, resultan de un alto grado de riesgo respecto de la aparición de enfermedades de transmisión sexual y del aprendizaje de comportamientos sexuales dañinos incluso, que resultan del sometimiento y vulneración de derechos de otros adolescentes dentro del grupo. En ese sentido, el venusterio resulta la mejor alternativa racional, humana y viable de solución a las formas alternativas de manifestación de la sexualidad que tienden a aparecer en contextos de privación de libertad.

Tal como se señala en orientaciones técnicas para los centros cerrados y de internación provisoria<sup>16</sup>, en concordancia con el Reglamento de Ley antes mencionado, es necesario que para hacer uso del venusterio el o la adolescente, deberá informar que mantiene una relación estable con su pareja; mientras que por su parte el centro deberá brindar orientación en salud, derechos sexuales y reproductivos, para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Este espacio, se desarrollará en un clima de privacidad e intimidad, en un horario distinto de los de las visitas y en los centros cuya infraestructura lo permita, en espacios especialmente destinados para ello.

Aún cuando las condiciones legales para el uso del venusterio están establecidas en los artículos 85º y 86º del Reglamento de la Ley 20.084, y en concordancia con el artículo 4º del mismo, que alude a la igualdad y no discriminación arbitraria, no podrán quedar exentos jóvenes con orientación sexual distinta a la heterosexualidad, los y las cuales si bien no podrían cumplir con las letras a) y b) del artículo 86º para acreditación del vínculo, si pudiesen hacerlo bajo la letra c) del mismo artículo<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Disponibles en <http://www.sename.cl/wsename/estructuras.php?name=Content&pa=showpage&pid=328>

<sup>17</sup> Los artículos 85 y 86 del Reglamento de Ley 20.084, colocan como condición para los mayores de 18 años acreditar vínculo mediante certificado de matrimonio, certificado de nacimiento de hijos o por informe de profesional de la unidad técnica del centro. Mientras que los menores de 18 y mayores de 16, sólo podrán hacer uso del venusterio si hubiese matrimonio o hijos en común con su pareja.

## **BIBLIOGRAFÍA**

CONACE (2008). Niños, Niñas y Adolescentes: Tratamiento de Drogas. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infantoadolescente y sus especificidades. Santiago, Chile

CONACE (2009). Orientaciones para la Intervención en Sexualidad en Personas con Consumo Problemático de Drogas. Santiago, Chile

CulturaSalud / SENAME (2011). Previniendo la violencia con jóvenes: talleres con enfoque de género y masculinidades. Manual para facilitadores y facilitadoras. Santiago de Chile: Servicio Nacional de Menores / CulturaSalud / EME.

Gonzales E., Martínez V., Leyton C., Bardi A. (2004). Orientación sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes. Rev. Sogía N°11: pags 69-78. Chile.

John C. Coleman, Leo B. Hendry (2003). Psicología de la Adolescencia. España.

Dra. Rosa Barrera (2011). Perspectiva evolutiva y desviaciones del desarrollo: "Intervenciones con adolescentes".

Ministerio de Salud, UNICEF (2011). Guía Clínica de Abuso Sexual: "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual". Chile.

Ministerio de Salud (2009). Orientación Técnicas: "Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental, dirigida a los equipos de Atención Primaria de Salud." Chile.

Ministerio de salud (2011). Circular N°34: "Instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de Hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimiento de la red asistencia". Chile.

Organización Panamericana de la salud (OPS), en la página web: [www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.html](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.html).

Organización Panamericana de la salud (OPS), en la página web: [www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marcoconceptual.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marcoconceptual.pdf)

Pontificia Universidad Católica de Chile - SENAME, 2011. SALUD MENTAL: "Marcos de referencia para el diagnóstico e intervención con niños y jóvenes del Programa Vida Nueva. Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato" – Ucvirtual, Chile.

PROMSEX - Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y reproductivos, Primera edición noviembre de 2010, Lima, Perú. Aprendiendo y Educando con Inclusión: "Guía de consulta sobre Sexualidad, Diversidad Sexual y Derechos Humanos para Docentes de Educación Básica Regular".

Save The Children. Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales. España.

SENAME, Departamento de Justicia Juvenil (2011). Orientaciones Técnicas para Centros de Régimen Cerrado. Chile.

SENAME, Departamento de Justicia Juvenil (2011). Orientaciones Técnicas para Centros de Internación Provisoria. Chile.

SENAME, Departamento de Protección de Derechos, Área de Gestión Programática (2011). Documento Temáticos para Centros Residenciales. Chile.

Sexualidad Infantil y Juvenil. Nociones Introdutorias para Maestras y Maestros de Educación Básica”, Secretaria de Educación Pública, México.

Todo Mejora (2013). Orientaciones generales a niños, niñas y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y trans para profesionales de salud mental. Santiago de Chile.

UNESCO (2010). Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Traducción no oficial. Santiago de Chile.