



Guía Práctica

Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

Orientaciones para los equipos de Atención Primaria
2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO CONCEPTUAL	5
2.1. Generalidades	5
2.2. Conceptos sobre Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes	6
2.3. Aspectos éticos	8
3. ALCANCES DE LA GUÍA	13
3.1. Tipo de usuarios y escenarios clínicos a los que se refiere la guía	13
3.2. Usuarios a los que está dirigida la guía	13
3.3. Declaración de intención	13
4. OBJETIVOS DE LA GUÍA	14
4.1. Objetivo General	14
4.2. Objetivos Específicos	14
5. METODOLOGÍA PARA LA CONSEJERÍA DE ADOLESCENTES	15
5.1. Procedimiento general para la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	15
5.2. Características y cualidades del consejero o consejera	16
5.2.1. Conocimientos deseables en consejeros y consejeras [35]	16
5.2.2. Habilidades deseables en los consejeros y consejeras	16
5.2.3. Comportamientos no deseables del consejero o consejera [34]	18
6. CONSEJERÍA EN TEMAS ESPECÍFICOS	19
6.1. Consejería en adolescentes para la prevención del embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA	19
6.1.1. Consejería con Adolescentes con intención de Conducta Postergadora	22
6.1.2. Consejería con Adolescentes con Intención de Conducta Anticipadora	28
6.1.3. Consejería en Adolescentes sexualmente Activos con pareja única o múltiples parejas	30
6.2. Consejería en uso del Condón Masculino	32
6.3. Consejería para Adolescentes con dudas en la Orientación Sexual, en la identidad de género o adolescentes Gay, Lesbianas, Bisexuales o Trans	39
6.4. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para hombres adolescentes	51
7. DESARROLLO DE LA GUÍA	53
7.1. Grupo de Trabajo	53
7.2. Declaración de conflictos de interés	55
7.3. Revisión sistemática de la literatura	55
7.4. Formulación de las recomendaciones	55
7.5. Validación de la guía	55
7.6. Vigencia y actualización de la guía	55
8. ANEXOS	56
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS	57
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida que presenta grandes oportunidades, para construir, soñar y consolidar formas de vida saludable. Asimismo en la cual se aprende a ejercer derechos, asumiendo y compartiendo responsabilidades. En este proceso los y las adolescentes necesitan apoyo y acceso a información oportuna y de calidad. De esta forma, podrán tomar las mejores decisiones en ámbitos donde determinadas conductas pueden determinar riesgos para su salud.

La presente Guía de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva para adolescentes ha sido elaborada para promover, con enfoque anticipatorio, el adecuado desarrollo de cada adolescente como sujeto de derechos.

Hoy es sabido que se requiere de nuevas formas para aproximarse a la promoción y prevención de la salud de adolescentes, como también para el abordaje de sus problemas una vez que éstos ya han aparecido. Si se quiere tener impacto en la conducta, resulta conveniente cambiar la aproximación directiva tradicional y dar paso a un estilo de apoyo, que sea compatible con la autonomía progresiva y los derechos sexuales y derechos reproductivos.

La consejería tiene un rol fundamental como herramienta de intervención, al ayudar a adolescentes a reflexionar sobre su conducta personal y a tomar decisiones que les permitan adoptar conductas saludables. Además permite reducir la inequidad, en la medida en que compensa la falta de información que afecta a un sector importante de adolescentes y sus familias, asociada a desventajas socioeconómicas y culturales.

Esta Guía de Consejería se enmarca dentro de un conjunto de acciones del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, iniciado en el año 2008, y entrega recomendaciones prácticas a los equipos de salud. Incluye conceptos básicos de salud sexual y salud reproductiva, desarrollo temáticos específicos de consejería para la prevención del embarazo e ITS/VIH/SIDA, uso del condón, abordaje de distintas orientaciones e identidad sexual y consejería en hombres. Transversalmente a estos temas se promueve la equidad de género y se orienta a los y las profesionales hacia el desarrollo de actitudes y capacidades esenciales que debieran incorporar en el ejercicio de su práctica diaria.

Es nuestro deseo que la presente guía entregue herramientas que faciliten la relación y vinculación con los y las adolescentes que concurren a los establecimientos de salud, en un marco de Derechos.

Dra. María Paz Guzmán Llona

Jefa Departamento Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud de Chile

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Generalidades

La sexualidad, constituye una dimensión integral de las personas, está presente desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es una construcción socio histórica y cultural y una dimensión de los seres humanos inseparable de su ser y existir, que tiene un reconocido papel protagónico en el proceso de organización de la identidad de las personas y en el establecimiento de los vínculos [1].

Así, la sexualidad humana no es una entidad en sí misma, sino el producto de la articulación de aspectos históricos, culturales y de los contextos familiares, donde transcurre la vida de las personas. Los aspectos físicos y psíquicos, interactuando con el medio sociocultural, y las construcciones de género y pertenencia a pueblos indígenas, permiten la vivencia de la sexualidad como una experiencia y una trayectoria única e irrepetible para cada persona [1] [2].

A su vez, se reconoce que la sexualidad es producto de un proceso dinámico, amplio y variado, que se expresa de manera diferente en las distintas etapas del curso de la vida y según las costumbres, creencias de las familias y el entorno social, cultural e institucional en las que se inscribe [2].

Por otro lado, se puede contextualizar a la adolescencia como una etapa de cambios que abarcan dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, que están relacionadas con el grado de bienestar en torno a la sexualidad y al grado de satisfacción sobre la capacidad reproductiva. En la adolescencia, es donde estos aspectos son más relevantes, ya que es en esta etapa de la vida donde surgen los sentimientos de atracción sexual y profundas reflexiones sobre la capacidad de decidir. Por tanto, la sexualidad y el bienestar sexual deben ser considerados como componentes angulares de la salud y desarrollo de los y las adolescentes. El proceso de adaptarse a los cambios sexuales (corporales), establecer una identidad personal, construir lazos fuera de la familia de origen, informarse para la toma de decisiones en el ejercicio de la sexualidad y proteger su salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva, es uno de los mayores retos de este grupo poblacional [1] [2] [3].

En este sentido, la sexualidad en la adolescencia, puede ser un motivo de preocupación, por diversas razones. Algunas de ellas, tienen relación con los aspectos propios de esta etapa del desarrollo, como lo son: alto nivel de experimentación, sentimientos de invulnerabilidad, presión de los pares o de la pareja; falta de adultos referentes para conversar y orientar en estas temáticas, vergüenza por acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) o la no existencia de adecuada y oportuna oferta, temor a ser reconocidos en las salas de espera y/o que los proveedores no mantengan la confidencialidad, entre otras [4] [5] [6] [7] [8].

La sexualidad, también es centro de atención, por las repercusiones biopsicosociales que puede tener en la vida actual y futura en adolescentes que han mantenido relaciones sexuales sin consentimiento, siendo víctimas de abuso sexual, o que no han accedido a la información adecuada en torno a la prevención, o han iniciado relaciones sexuales sin la protección necesaria. Desde la esfera biológica, las consecuencias de un inicio temprano de la actividad sexual sin ejercer gestión de riesgo, aumenta las probabilidades de un embarazo no deseado, de aborto, de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH, el cáncer de cuello uterino y a largo plazo infertilidad. En el ámbito psicosocial, estas consecuencias pueden relacionarse con la deserción escolar o menor logro educacional,

acceso a fuentes laborales de menores ingresos, dificultades en la crianza de los hijos, insatisfacción, sentimientos de culpa, discriminación y vulnerabilidad económica, entre otras [2] [9] [4] [10] [3].

Por tanto, la adolescencia, es uno de los momentos oportunos para abordar la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de promoción y de derechos, particularmente orientado a abordar las inquietudes, dudas y preocupaciones de adolescentes en estas temáticas, en un marco de diálogo y aceptación de la diversidad, con el fin de mejorar la calidad de vida presente y futura, y de promover el desarrollo integral. Esta realidad exige que los y las profesionales de salud que trabajan con adolescentes, asuman la responsabilidad de abordar la sexualidad, en el **marco de la promoción y prevención continua de salud, a través de un enfoque de curso de vida** [11] [3]. De igual forma, es importante que se preparen para poder favorecer el vínculo con los padres y madres o referente adulto de adolescentes consultantes, teniendo un manejo adecuado de los aspectos éticos y legales involucrados en su atención [2] [3].

En este contexto, el **modelo integral con enfoque familiar y comunitario**, comprende la atención de salud como un proceso continuo, centrado en el cuidado, a través del curso de vida, con el fin de mejorar y mantener la salud de las personas. En relación a la atención de adolescentes, este enfoque plantea un gran desafío para los equipos de salud ya que se requiere desarrollar habilidades y destrezas, que permitan a cada profesional analizar el proceso de salud enfermedad, mirándolo desde una perspectiva sistémica, y realizar intervenciones integrales, participativas, en un marco de derechos, para mejorar las condiciones de salud y de la salud sexual y reproductiva, en esta población enfocándose en la forma en que estas acciones afectarán a estas personas en el curso de sus vidas [12] [13] [14].

En la adolescencia, cobra relevancia el rol de la familia en ofrecer un ambiente estable y seguro emocionalmente, en que se reconozcan los logros y exista la aceptación del o la adolescente en un contexto afectivo, estableciéndose normas y límites claros. Aunque lo anterior resulta clave en esta etapa del desarrollo, en que se busca la independencia, investigaciones muestran sin embargo, que la vinculación familiar especialmente en lo afectivo es muy importante [15].

Desde este enfoque, es posible adelantarnos y apoyar a la familia en la importancia del refuerzo de estos modos de relacionarse hacia el adolescente, particularmente en los aspectos vinculados con la Salud Sexual y Reproductiva. Es importante considerar las acciones de prevención y promoción que se pueden realizar, las que deben desarrollarse tomando en cuenta a los y las adolescentes, cautelando la confidencialidad y su interés, en un marco de Derechos [15] [12].

2.2. Conceptos sobre Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (CSSRA) debe enmarcarse en el “Concepto de Buenas Prácticas en Salud” que se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados, que se adecuan a pautas, normas y/o recomendaciones, así como, a experiencias que han brindado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto [16].

La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, se define como *“una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y*

guía a adolescentes, solos/as o en pareja, para que puedan fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y responsables en el ámbito de la sexualidad en forma integral” [17]. Esta intervención está orientada particularmente a la prevención y al fomento de la salud, y a evitar riesgos de un embarazo no planificado, contagio de ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a las conductas sexuales en adolescentes [17].

Por tanto, la CSSRA en los servicios de salud, es una intervención que se da en un contexto personalizado, donde se establece un vínculo entre profesionales de salud y adolescentes, con el propósito de fortalecer la capacidad para tomar decisiones libres, informadas, protegidas y coherentes con sus valores en el ámbito de la sexualidad y la reproducción humana, entendida integralmente, en el marco de los derechos individuales y sociales, incluida la anticoncepción. En este sentido, es una estrategia central la promoción de la salud sexual y reproductiva, desde las perspectivas de derecho y género, donde se excluyen todas aquellas concepciones sexistas y homofóbicas que generan discriminación.

Por ello, la CSSRA, se centra en las necesidades y requerimientos de este grupo poblacional de acuerdo al género, identidad sexual, orientación sexual, etapa de desarrollo, conocimientos, cultura, pertenencia a pueblos indígenas, etc. Debe estar disponible para todos los y las adolescentes, y no sólo para quienes presentan actitudes y/o prácticas sexuales de riesgo. Es decir, deben participar de instancias de consejería, si así lo desean, también quienes opten por retrasar el inicio de sus relaciones sexuales y quienes ya son activos sexualmente o planean serlo en el futuro próximo. Por tanto, la consejería debe ser un espacio que no discrimine por razones de sexo, género, edad, etnia, conducta o intención de conducta sexual, orientación sexual o identidad de género [17] [18].

Esta intervención puede ser de gran beneficio para los padres o tutores o adulto significativo, a quienes se les puede entregar herramientas que les faciliten la comprensión de la sexualidad de sus hijos e hijas adolescentes, en un marco de desarrollo saludable y derechos sexuales y reproductivos, promoviendo el diálogo con ellos. En este caso se debe conversar con el o la adolescente la conveniencia de la participación de éstos, explicando los objetivos y contenidos a tratar. Si el o la adolescente no da su consentimiento, se sugiere explorar estas razones, sin presionarlo/a, garantizando y explicitando la confidencialidad, y sus límites. Por tanto, la CSSRA está orientada a complementar los aprendizajes realizados por las y los adolescentes en sus familias, en la escuela, con sus pares y en los demás ámbitos de socialización.

La consejería asume la singularidad de cada adolescente, con su particular historia y experiencia y provee recursos para que se integren, lo más armónicamente posible, los nuevos aprendizajes que requiere, para realizarse como ser humano.

Los temas tratados en esta Guía Práctica de Consejería, están orientados al fortalecimiento de conductas o factores protectores y a la prevención de conductas de riesgo. En el periodo de la adolescencia se pueden enfrentar situaciones de vulnerabilidad, si no se cuenta con información, orientación y guía adecuada, pueden repercutir en el contexto de las nuevas vivencias en el ejercicio de la sexualidad y en el desarrollo de la capacidad reproductiva.

2.3. Aspectos éticos

2.3.1. Generalidades

La atención en salud en el grupo de adolescentes especialmente relacionada con los aspectos de salud sexual y reproductiva, representa un especial desafío para los equipos de salud e instituciones, principalmente en el campo de la bioética.

El propósito de este documento es analizar los principales conflictos o problemas bioéticos que se pueden presentar en la práctica clínica. Se analizan los tres principios fundamentales, abordando otros aspectos bioéticos relevantes como son la relación profesional – usuario, la evaluación de la capacidad en la toma de decisiones y la confidencialidad en la atención.

El deber de las instituciones y de los equipos de salud, es mantener un adecuado equilibrio entre estos principios, respetando el derecho a la autonomía y a la confidencialidad en la atención, enmarcado dentro de límites que sean razonables y que en ningún caso contribuyan a limitar el acceso a una atención de calidad. Para ello, es fundamental que exista una capacitación y actualización permanente de los profesionales en el campo de la bioética, para así poder tener herramientas de análisis que faciliten abordar de la mejor manera posible aquellos conflictos y complejas situaciones que se presenten, evaluando las consecuencias de nuestras decisiones, así como, las posibles excepciones frente a cada caso en particular, sin olvidar el marco de referencia que dice relación con el respeto por los derechos y dignidad de las personas.

La Convención de los Derechos del Niño claramente establece que los y las adolescentes deben ser reconocidos como titulares activos de derechos, que en la atención clínica se relacionan con el derecho a recibir una atención digna y de calidad, con respeto por su autonomía progresiva en la toma de decisiones y por el necesario resguardo de la intimidad y confidencialidad en la relación profesional – adolescente [19].

Este **Enfoque de Derechos** postula el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos de las y los adolescentes y capacidad progresiva para ejercerlos, permitiendo la toma de decisiones de manera libre e informada en aspectos que les atañen directa e incluso vitalmente. Concibe al adolescente como sujeto activo, participativo, creativo, con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda y solución de sus necesidades [19] [20].

Desde un punto de vista bioético los 4 principios que deben ser resguardados y considerados en la atención de adolescentes son: **Justicia, Beneficencia, No Maleficencia y Autonomía**, pueden entrar en conflicto, sobretodo en relación a la atención requerida en Salud Sexual y Reproductiva, alcanzando una gran relevancia el derecho a la confidencialidad en la atención, así como, la noción de la capacidad en la toma de decisiones, que incidirán directamente con su estado de salud [21].

En términos generales, el principio de **Beneficencia** [22] es un principio clásico hipocrático. Es la obligación moral de hacer el bien, actuando en beneficio de los otros, previniendo y/o suprimiendo posibles daños, evaluando las consecuencias de una acción determinada. No se debe confundir con **Benevolencia**, que es el rasgo de carácter o virtud para estar dispuesto a ir en beneficio del otro [22]. Hasta hace poco, e incluso en la actualidad, encontramos situaciones donde él o la profesional impone su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del usuario (modelo paternalista de la relación profesional – usuario). Actualmente este principio se encuentra matizado

por el respeto a la Autonomía del usuario y a la Confidencialidad de la atención. Es decir, no se puede buscar hacer un bien a costa de originar daño. Un ejemplo de esto es la judicialización de la atención clínica que determina el negar la atención en salud a adolescentes menores de 14 años que voluntariamente la solicitan, para no realizar la denuncia, lo que en definitiva contribuye a desproteger a estas personas.

La **No Maleficencia** es el *Primum non nocere*, es decir, “En primer lugar no hacer daño”. Se refiere al respeto por la integridad física y psicológica de la persona. Es el deber u obligación de no infligir daño a otros, así como prevenir y evitarlo, por consiguiente prima sobre el deber de hacer o promover el bien [21] [22]. Por ejemplo, la actitud paternalista, impositiva, sin un adecuado manejo respecto a la confidencialidad, se traduce en un deterioro de la relación profesional – usuario con pérdida de la confianza y riesgo de perder la continuidad en la atención.

El principio de **Justicia** en bioética consiste en el reparto o distribución equitativa de las cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios [21] [22]. En relación al principio de justicia y reconociendo que los y las adolescentes son personas con derecho a la atención sanitaria y a servicios de atención de calidad, debemos propender a evitar condiciones de inequidad en el acceso, fortaleciendo las condiciones necesarias y adecuadas para ello, particularmente con aquella población adolescente expuesta a condiciones de mayor vulnerabilidad social y económica o que han sido transgredidos sus derechos básicos.

La **Autonomía** es posible definirla como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de realizar uno mismo su propia elección, existiendo dos condiciones esenciales como: poseer la libertad necesaria para actuar en forma independiente de influencias externas, que pudieran interferir en la decisión a tomar y tener la capacidad para actuar intencionalmente [21] [22]. En la atención de adolescentes el principio de autonomía igualmente está basada en la comprensión de la información entregada por el o la profesional, lo que implica un desafío para quien realiza la atención: que la información sea entregada en forma simple, clara, comprensible y verdadera, y que permita al o la adolescente tomar la mejor decisión [23].

Se plantea una jerarquización de estos principios y que los divide en 2 niveles. Los principios de No Maleficencia y de Justicia estarían dentro del nivel 1 y configurarían la “ética de mínimos”, es decir aquellos objetivos y cumplimientos que deben ser exigibles y respetados por todos los integrantes de una sociedad. Los principios de Autonomía y Beneficencia constituirían el nivel 2, representando la “ética de máximos”, la que considera la búsqueda individual de la felicidad con proyección de valores de vida subjetivos, por ende no pueden ser impuestos, sino por el contrario, deben ser ofrecidos como un modelo a seguir [24] [25]. La utilidad de esta diferenciación en niveles ayudaría en la solución de problemas, cuando se presentan conflictos morales entre los diferentes principios, debiendo procurar respetar los principios de nivel 1 por sobre los del nivel 2. Es así como se plantea que los deberes derivados de estos principios de ética de mínimos, al tener una mayor exigencia tendrían prioridad sobre los deberes de la ética de máximos [24] [25].

A continuación, se hará mención de otros aspectos éticos como la Capacidad, la Confidencialidad, la Objeción de Conciencia y los “Mínimos de Injusticia aceptables”. La **Capacidad** en líneas generales, es considerada como la aptitud de una persona para comprender o entender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previ-

sibles para cada uno de ellos, para tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con la propia escala de valores para así poder tomar decisiones autónomas e informadas. Ser considerado “capaz” implicaría entonces expresar una elección entre alternativas, entender los riesgos, beneficios y consecuencias cuando se consideran diversas posibilidades, decidiendo razonablemente y sin coerción de ningún tipo [21] [23] [26], es importante señalar que otros autores consideran la capacidad como uno de los requisitos fundamentales para ejercer la autonomía, con grados de exigencia que variarán según la importancia de la decisión a tomar, es decir, el nivel de madurez requerido para una decisión acerca de una acción particular dependerá de la naturaleza y complejidad de ésta [27] [28].

Es decir, la persona adolescente competente para la toma de decisiones, es capaz de comprender la información, de razonar y deliberar, habiendo incorporado valores en forma madura y siendo capaz de aplicarlos [21] [23] [26].

La **Confidencialidad**, es posible definirla como la característica que dice relación con el derecho del usuario y el deber del profesional a la preservación de las informaciones obtenidas en una relación de consentimiento y confianza en la atención de un usuario y cuyo último fin es el beneficio de éste. Incluye el derecho a la intimidad, al honor, a la propia imagen, a la privacidad, a la protección de los datos personales, constituyendo un pilar básico en la atención de adolescentes [29].

En general desde un punto de vista legal, el derecho para consentir a un tratamiento ha residido en los padres o tutores legales. Sin embargo, existen variadas situaciones donde el propio adolescente podrá otorgar dicho consentimiento. Es así como tribunales internacionales han determinado que aquellos adolescentes que son capaces de tomar sus propias decisiones en salud, tendrían el mismo derecho que los adultos para decidir si sus confidencias pueden ser divulgadas a terceros, considerando que el nivel de capacidad para consentir variaría según la naturaleza y complejidad del problema o situación clínica a la que se enfrenta, surgiendo entonces el concepto del “menor maduro” [21] [30].

La definición del “menor maduro” es variable según la literatura que se consulte. Habitualmente la ley se apoya en la evaluación médica, teniendo en consideración aspectos como la edad cronológica, comprensión del riesgo, necesidad y beneficio del tratamiento, capacidad cognitiva y emocional para entender la información [31], planteándose el derecho a la confidencialidad en aquellas situaciones en las que prevaleció el derecho a consentir, pero estableciendo los límites o posibles excepciones [31]. Es importante destacar que el desafío ético y legal no es determinar a cabalidad cuáles son estos límites, sino considerar cuándo y cómo abrir esta confidencialidad, debiendo tener en cuenta la evaluación en conjunto con él o la adolescente sobre aquellas situaciones en las que es posible mantener la confidencialidad y en cuáles no.

La confidencialidad de la información y la atención en adolescentes se respalda en:

- **Constitución Política de la República artículo 19 n°4.** Que asegura a todas las personas: “El respeto y protección a la vida privada y pública y a la honra de la persona y de su familia”.
- **Ley 18.834 que establece el Estatuto Administrativo. Artículo 55 letra h).** Que establece como obligación de cada funcionario: “Guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservados en virtud de la ley, del reglamento, de su naturaleza o por instrucciones especiales”.
- **Código Penal art. 247 i. II, Secreto Profesional:** deber que tienen todos los profesionales de salud de guardar reserva en torno a la información y los hechos privados que lleguen a su conocimiento en el ejercicio de su actividad, sancionando su incumplimiento con penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y/o multa de seis a diez UTM.
- **Observación General N°4 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, párrafo 11 (2003):** los trabajadores de salud tienen la obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica. Esta información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente, con las mismas excepciones que la ley establece para los mayores de edad.
- **Ley N° 19.628 Sobre protección de la vida privada** o protección de datos de carácter personal, que en su art 2 letra g) considera datos sensibles aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas, tales como sus estados de salud físicos o psíquico.
- **Código Sanitario, art. 134.** Los registros, libros, fichas clínicas y documentos de los establecimientos mencionados en el artículo 130 tendrán el carácter de reservado, salvo para las autoridades judiciales, del Ministerio Público y para el Servicio Nacional de Salud.
- **Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud,** que en su art 12 refiere que toda información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible.
- **Ley N°19.779 que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana, que en su art. 5, inciso 3,** establece que los resultados del examen para detectar el virus de VIH se entregarán en forma personal y reservada, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico.
- **La ley 20.418,** promulgada en el año 2010, que consagra el derecho a la atención sin discriminación de todas las personas en lo referente a regulación de fertilidad. Esta ley explicita el derecho a la confidencialidad en la atención de todas las personas en su (Art. 3°) **“Toda persona tiene derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual.”** La excepción a la confidencialidad surge en el caso de menores de 14 años (Art 2°): “Sin embargo, en aquellos casos en que el **método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años,** el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, **posteriormente,** al padre o madre de la menor o al **adulto responsable que la menor señale”.**

En consecuencia a lo anterior, es obligación de los/as prestadores/as de servicios de salud asegurar y satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva a todo/a usuario/a independiente de la edad, no existiendo impedimento legal para la prestación de servicios de regulación de fertilidad a adolescentes que lo soliciten, ni para condicionar esta atención de salud a la aprobación de los padres de estos/as.

Es necesario destacar que para los y las adolescentes la preocupación por la confidencialidad constituye una importante barrera en el acceso a la atención en salud, particularmente de aquellos que tienen una mayor necesidad de consultar.

En la atención en salud de adolescentes los conflictos bioéticos existen, dependiendo del adecuado manejo y solución de los problemas según las características de cada situación en particular. En la atención clínica de Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes, estos conflictos se producen cuando los principios bioéticos se contraponen. El propósito de la bioética es contribuir a nuevas perspectivas o soluciones frente a casos clínicos que necesitan ser resueltos, **manteniendo el principio fundamental de No Maleficencia así como el respeto por la dignidad de las personas.** Cuando aparecen los conflictos, participan no sólo los usuarios o los profesionales de la salud, sino que se ven involucrados aspectos familiares, sociales, judiciales así como las propias emociones y juicios de valor de las partes involucradas.

Resulta un imperativo ético la necesidad de contar con servicios y equipos integrales, capacitados, evitando toda forma de enjuiciamiento o discriminación, con abogacía por los derechos de los y las adolescentes y sin caer en la judicialización de esta atención, salvo aquellas situaciones de abuso sexual, donde se recomienda revisar el documento “Guía clínica de Abuso Sexual en menores de 15 años” [32] y la “Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual” [33], que guía la actuación profesional.

3. ALCANCES DE LA GUÍA

3.1. Tipo de usuarios y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

- Adolescentes mujeres y hombres, entre 10 a 19 años, que soliciten consejería en forma espontánea.
- Adolescentes referidos desde Espacios Amigables, Control de Salud Integral, controles y consultas realizadas por el equipo de salud del Centro de Salud Primaria.
- Adolescentes derivados de "Aulas de Bien Estar" y/o establecimientos educacionales, SENAME u otras instituciones y organizaciones comunitarias del territorio.
- Adolescente que tengan la intención de iniciar o mantener relaciones sexuales.
- Adolescentes que deseen elegir un método anticonceptivo o usar preservativos.
- Adolescentes en los que se detecte conductas de riesgo para el ejercicio de su sexualidad.
- Adolescentes que presentan dudas o confusión en la orientación sexual, en su identidad de género o adolescentes que se definan gay, lesbianas, bisexuales o trans.
- Adolescentes que no han iniciado actividad sexual y están con o sin intención de cambiar su conducta y/o sin riesgo aparente en SSR.

3.2. Usuarios a los que está dirigida la guía

La presente guía ha sido desarrollada para servir de material orientador a profesionales que realizan consejería en Salud Sexual y Reproductiva en población adolescente, matronas (es), enfermera/o-matrón/a, y/o médicos, con capacitación en adolescencia, salud sexual y reproductiva y técnicas de consejería.

3.3. Declaración de intención

Esta guía fue elaborada con la intención de establecer ciertos criterios y procedimientos para el desarrollo de la consejería.

La Consejería en SSRA se enmarca en el "Concepto de Buenas Prácticas en Salud", y es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces.

4. OBJETIVOS DE LA GUÍA

4.1. Objetivo General

Contribuir a través de una Guía de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva al desarrollo integral de adolescentes, promoviendo el desarrollo de conductas protectoras e informadas en el ejercicio de la sexualidad. Con foco en la prevención del embarazo no deseado, las ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a la conducta sexual, con enfoque de derechos y género, contribuyendo a brindar una atención de calidad a este grupo poblacional.

4.2. Objetivos Específicos

- Establecer metodología y procedimientos estandarizados para el desarrollo de la consejería en Salud Sexual y Reproductiva, focalizada en promover una sexualidad informada y protegida para prevenir el embarazo no deseado, las ITS y otros riesgos asociados a la conducta sexual.
- Analizar aspectos éticos del trabajo con adolescentes en SSR.
- Describir las características, cualidades, conocimientos y habilidades deseables, que debe tener cada profesional que realice consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Definir los objetivos de la consejería en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.
- Describir procedimientos generales y específicos, que otorguen herramientas para abordar cada situación particular en la consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Asesorar a adolescentes sobre sus derechos en Salud Sexual y Reproductiva, promoviendo el ejercicio de éstos de manera informada.

5. METODOLOGÍA PARA LA CONSEJERÍA DE ADOLESCENTES

5.1. Procedimiento general para la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

La consejería en SSR, debe ser una actividad programada y planificada y no debe ser desarrollada dentro de otra consulta, ya que esta es una actividad, que por sus objetivos y modelo no directivo, debe ser acordada previamente con él o la adolescente, a fin de que esté dispuesto y requiere de 30 minutos para realizarla.

La palabra "consejería" (counselling) puede ser difícil de traducir y puede inducir a error, debido a que la traducción al español hace alusión "a dar consejo". Es importante destacar que la Consejería no es una herramienta para dar consejos, sugerencias o recomendaciones. Tampoco es un método para ofrecer soluciones a los problemas, no da instrucciones, ni promueve métodos exitosos de vida que han funcionado para el consejero o consejera u otro adolescente.

Cuando una persona aconseja, es decir "le dice al otro lo que debe hacer o lo que piensa que debe hacer", o se centra en obtener rendimientos rápidamente y se adelanta al tiempo del o la adolescente, se establece un tipo de relación vertical. Este tipo de relación no facilita el desarrollo ni fortalece la capacidad de los y las adolescentes para hacer frente a otros problemas que pueden surgir en el futuro. Incluso puede ser contraproducente o generar resistencias que no favorecen el cambio de conductas.

En cambio, cuando se establece una relación horizontal, el o la adolescente es el protagonista y el profesional es un facilitador de su proceso de cambio, es decir, "no le dice lo que debe hacer", sino que se le ayuda a definir, a comprender sus conductas, a aclarar sus sentimientos y pensamientos y a tomar sus propias decisiones; favorecerá el cambio de conducta y tendrá un mayor valor para ellos y ellas en el largo plazo [34].

Por ello, la consejería, es una nueva forma de aproximación que responde a las necesidades e intereses de los y las adolescentes, conforme a la etapa evolutiva, género, cultura, orientación sexual o identidad de género, basados en marcos teóricos y estrategias que propician estos cambios de conducta. Para mayor información revisar Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes [34].

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	2-5 sesiones	2 consultas por hora	Hora matrona o enfermera-matrona o médico	Ficha clínica, Hoja diaria. REM

5.2. Características y cualidades del consejero o consejera

Los y las profesionales de salud que realizan consejería en salud sexual y reproductiva en adolescentes deben contar con capacitación y competencias en adolescencia y técnicas de consejería en salud sexual y reproductiva, y motivación para hacerlo.

Es relevante además que cuenten con conocimientos en áreas específicas en el campo de la anti-concepción en adolescentes e ITS/VIH. Es recomendable que incorporen a la práctica la aplicación de teorías y modelos del comportamiento que favorecen los cambios conductuales, sustentados en la mejor evidencia disponible, utilizando enfoques integrales. Así como también, habilidades básicas de técnicas de comunicación efectiva y entrevista motivacional, para realizar la consejería en SSR, orientada a los y las adolescentes.

5.2.1. Conocimientos deseables en consejeros y consejeras [35]

- Comprensión del concepto de “Salud Sexual” y “Salud Reproductiva” basado en conocimientos actualizados, con enfoque de Derechos, Género y Diversidad sexual.
- Poseer algunas habilidades, actitudes y conocimientos generales de consejería que ayudan a establecer una relación de soporte hacia él o la adolescente.
- Visualización de la adolescencia desde un modelo evolutivo de crecimiento y desarrollo.
- Poseer un profundo auto-conocimiento. Los y las consejeras deben evaluar continuamente sus creencias, valores y sentimientos en torno a su sexualidad y sus limitaciones, para poder proporcionar servicios de consejería con enfoque de derechos y principios bioéticos.
- Conocer los factores y conductas que ponen en riesgo la salud SR y bienestar de los y las adolescentes.
- Conocimiento actualizado de las investigaciones e innovaciones en el campo de prevención del embarazo no deseado, anticoncepción, VIH y las ITS en adolescentes.
- Comprensión del concepto de servicios integrales amigables para adolescentes y proveer la consejería en este marco de modelo de atención integral y enfoque anticipatorio.
- Conocimiento de las leyes y políticas públicas, relacionadas con la atención de salud para adolescentes.
- Tener conocimiento, práctica y respeto de los principios bioéticos y derechos de los y las adolescentes.

5.2.2. Habilidades deseables en los consejeros y consejeras

Cada profesional que realice consejería debe contar con habilidades básicas de técnicas de comunicación efectiva y entrevista motivacional [35]:

Habilidades de comunicación interpersonal: Escuchar activamente, es decir, observar atentamente la conducta verbal y no verbal del o la adolescente, “escuchar no sólo lo que dice, sino cómo lo dice”; expresar empatía; dar pie a preguntas; confrontación adecuada cuando la situación lo requiera; clarificación y orientación para la búsqueda de soluciones; explicitar la confidencialidad; usar palabras y frases cortas; un tono de voz que demuestre interés, atención y amabilidad; un lenguaje apropiado que él o la adolescente comprenda; hacer preguntas y esperar la respuesta.

Habilidades de intervención: Elaborar y utilizar preguntas abiertas, que permiten variadas respuestas y generan un diálogo y permiten explicaciones de sentimientos o preocupaciones. Utilizar técnicas de escucha activa como: parafrasear, que consiste en repetir exactamente lo expresado por el o la adolescente; clarificar, que es aclarar algún término utilizado en la conversación; reflejar sentimientos que están detrás del “contenido” que nos comunica el o la adolescente o reflejar hechos; resumir, que es hacer una síntesis de lo más relevante de la conversación. También es importante poseer habilidades para conceptualizar la situación problema; permitir la expresión de sentimientos, incluyendo los sentimientos negativos; identificar las oportunidades de cambio; ayudar a cada adolescente a tomar sus propias decisiones; a desarrollar opciones y metas realistas apropiadas para su edad; motivarle y hacer uso de la contradicción cuando se percibe ambigüedad en los mensajes; apoyar la construcción de conductas de salud positivas; recordar el nombre de cada adolescente y su situación; mostrarse interesado, flexibilidad; utilizar pensamiento crítico; manejar las crisis; resolver problemas y organizar.

Observar los códigos de ética profesional: aplicar conocimientos, práctica y respeto de los principios bioéticos y derechos vigentes para los y las adolescentes; trabajo en equipo con aplicación de enfoque desde la interdisciplina o transdisciplina.

Conciencia personal y autoevaluación: Es deseable que el consejero o consejera realice un ejercicio de introspección profundo que le permita reconocer sus creencias y convicciones más íntimas, sean o no de índole religiosa, de modo de identificarlas para evitar que interfieran en el ejercicio de su labor.

Asimismo, se requiere capacidad de autoevaluación constante, que posibilite una identificación de las limitaciones de sus competencias, con el fin de reconocer cuándo las características del caso concreto ameritan solicitar la opinión de un segundo profesional.

Algunas preguntas que sirven para autoevaluarse, a modo de ejemplo son: “¿Cómo me estoy desempeñando? ¿Cómo sé que lo que estoy haciendo funciona? ¿Cómo puedo mejorarlo? ¿Pedí ayuda cuando la necesité? ¿Pedí retroalimentación a mis colegas? ¿Hice que él o la adolescente participe fijando sus propias metas? ¿Demostré sensibilidad respecto al género y la orientación sexual del o la adolescentes? ¿Cuáles son mis fortalezas? ¿Cuáles son mis debilidades? ¿Utilicé un lenguaje no sexista? ¿Verifiqué cuáles eran los sentimientos de cada adolescente sobre su situación y sus decisiones? ¿Observé su comunicación no verbal? ¿Generé espacio para responder y reflexionar?”.

Otras cualidades necesarias en los consejeros y consejeras: Actitud positiva que no es exigente y no espera reciprocidad; entendimiento empático, calidez y autenticidad; claridad y transparencia, actual y asertivo.

5.2.3. Comportamientos no deseables del consejero o consejera [34]

- Ordenar, dirigir
- Amenazar, retar
- Dar consejos, mostrarse como experto o conocedor de todo el mundo del adolescente
- Moralizar, sermonear o decir lo que debería hacer
- Juzgar, criticar o culpabilizar
- Ridiculizar o etiquetar
- Interpretar
- Infantilizar, minimizar los sentimientos o situaciones que son importantes para cada adolescente.
- No asumir sobre el estilo de vida, orientación sexual o identidad de género del adolescente.

6. CONSEJERÍA EN TEMAS ESPECÍFICOS

6.1. Consejería en adolescentes para la prevención del embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA

Objetivo General

Fomentar y apoyar la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y protectoras, en el ejercicio de la sexualidad, de manera de prevenir un embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en adolescentes.

Objetivos

- Favorecer en los y las adolescentes un mayor conocimiento de sí mismo, que les permita comprender y aceptar la etapa de desarrollo humano que están viviendo integrando la afectividad y sexualidad como parte integral de su desarrollo.
- Promover el retraso del inicio de la actividad sexual, como la conducta más protectora en adolescentes en etapa inicial (10 a 13 años) y el desarrollo de habilidades y capacidades que les permita tomar decisiones en relación a su sexualidad y vida afectiva.¹
- Fomentar y guiar la toma de decisiones en conducta sexual y el desarrollo de conductas informadas y seguras en el ejercicio de la sexualidad
- Prevenir el embarazo no deseado, las ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a la conducta sexual activa no protegida en adolescentes.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos que tienen adolescentes.
- Evaluar y establecer planes de intervención en consejería diferenciados según la intención y conducta sexual, considerando acciones preventivas primarias o secundarias, según corresponda.

La consejería tiene una duración de 30 minutos y una concentración de 2 a 5 sesiones. En las sesiones de consejería se incorporan estrategias de entrevista motivacional y teorías comportamentales que explican los cambios de conducta en salud, estableciendo intervenciones diferenciadas previo diagnóstico de la intención de conducta sexual, de la conducta sexual y del riesgo, con enfoque de Género y de Derechos [17] [35] [34] [36] [37].

La consejería se desarrolla en las siguientes etapas:

- I. Entrevista diagnóstica.
- II. Intervención según la conducta e intención de conducta.

¹ Considerar además el artículo 362 del Código Penal: "El que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de catorce años, será castigado con presidio mayor en cualquiera de sus grados, aunque no concurra circunstancia alguna de las enumeradas en el artículo anterior".

I. Entrevista diagnóstica de ingreso:

Es importante realizarla con un lenguaje y contenido de acuerdo a la edad, capacidad cognitiva, nivel de desarrollo, género, orientación sexual, situación cultural y aspectos valóricos del o la adolescente [34].

Objetivos de la entrevista:

- Establecer vínculo entre el o la adolescente, pareja (si está presente) y el profesional.
- Evaluar la salud integral, que incluya la identificación de factores de riesgo y protectores en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Identificar la conducta sexual e intención de conducta sexual.
- Diagnosticar el riesgo de embarazo y/o ITS/VIH
- Motivar la participación en sesiones de consejería.
- Derivar a otros profesionales cuando corresponda según riesgos identificados.

Es importante señalar que en la entrevista inicial de ingreso a consejería, no se trabaja ningún contenido temático de consejería, tampoco se profundiza en los problemas de salud del adolescente. **Principalmente está orientada a conocer al adolescente y evaluar aquellos elementos que le permitan elaborar un plan de trabajo de consejería en Salud Sexual y Reproductiva.** Esto es importante comentárselo a cada adolescente en consejería, para que pueda comprender la utilidad de la misma y no se genere expectativas que no se puedan cumplir con la actividad. En caso de pesquisar problemas o necesidades de salud, diferentes a lo que se trabaja en consejería, se debe derivar a otro profesional [18].

También, es importante considerar que si consulta por otro tema, es una buena oportunidad para construir el ingreso a una consejería en SSR.

Desarrollo de la Consejería:

- El o la profesional se presenta y explica los objetivos, duración y voluntariedad de las consejerías y la confidencialidad y límites de esta actividad. Pregúntele cómo quiere ser llamado.
- Explorar valores y creencias, en ellos/as, en el grupo de pares, la familia y publicidad; rol de la familia como agente socializador, adulto significativo o referente en sexualidad, mensajes culturales acerca de la sexualidad, relaciones equitativas de género, violencia entre otros.
- Explorar existencia y tipo de relación actual, utilizando un lenguaje con términos de género neutro (andar, casual, pololear u otra que defina). Características de la pareja: edad, escolaridad, actividad, consumo alcohol y drogas, hijos, estilos de comunicación, situación de abuso, violencia física o psicológica, entre otros.
- Explorar y realizar diagnóstico de la intención y de la conducta sexual (Postergadora, Anticipadora, Activa) a ambos miembros de la pareja, cuando corresponda. Recuerde respetar la privacidad y confidencialidad, por tanto, preguntar a solas con él o la adolescente. Ejemplos ¿Crees probable tener relaciones sexuales dentro de los próximos seis meses? ¿o lo consideras improbable?.

- Explorar la conducta sexual y clasificar grados de Petting, que señalan el tipo de intimidad sexual. (Ver Figura N°1). ¿Qué prácticas sexuales tienes? Cuando pregunte por la orientación sexual incluya las opciones: “heterosexual”, “homosexual”, “bisexual”, “prefiero identificarme como...”, de esta manera se trabaja con un enfoque inclusivo de la diversidad sexual y favorece que la persona complete lo que prefiera. No asuma que es heterosexual, homosexual o bisexual.
- Explorar conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, preservativos y percepción de riesgo de embarazo e ITS/IVH/SIDA. Ejemplos: ¿Cuáles métodos conoce?, ¿Sabes cómo evitar el embarazo?, ¿Crees que tus conductas actuales te exponen a un embarazo o ITS/VIH/SIDA?
- Explorar creencias erróneas y barreras relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos.
- Explorar dudas e inquietudes en diversos aspectos de la sexualidad (biológico, afectivo, comunicación con la pareja, satisfacción y placer, formas de abordar el tema con los padres, entre otros).
- Emitir diagnóstico e indicaciones: Intención de conducta sexual, conducta sexual, riesgo, necesidades de aprendizaje y oportunidades de cambio.
- Motivar al o la adolescente a participar en sesiones de consejería, explorar las resistencias, evitando la confrontación. Utilizar herramientas de entrevista motivacional, si la situación lo requiere [38].

Figura N°1: Escala de Petting para explorar tipo de intimidad sexual

Petting 0	Sin contacto físico.
Petting I	Contacto físico, a través de besos y abrazos.
Petting II	Contacto físico, a través de besos y caricias de pechos y/o región genital sobre la ropa.
Petting III	Contacto físico, a través de besos y caricias de pechos y/o región genital bajo la ropa, pudiendo incluir sexo oral (boca-genitales, boca ano) y masturbación.
Petting IV	Coito/sexo anal.

II. Intervención según conducta o intención de conducta:

De acuerdo a la intención de conducta sexual y la conducta sexual, se describen tres grandes grupos de adolescentes:

1. Con intención de conducta Postergadora
2. Con intención de conducta Anticipadora
3. Con conducta sexualmente Activa: con pareja única o múltiples parejas.

Para la clasificación de los grupos, se considera las variables intención de conducta y conducta sexual, evaluada en un tiempo de 6 meses [39]. La intención de conducta sexual, es un predictor de la iniciación y de la mantención de la conducta, al ser un determinante inmediato de la conducta. Estudios, refieren que la intención de conducta está determinada por la percepción de control sobre la conducta y balance costo-beneficio sobre la misma [40] [41] [42].

También se conocen como predictores de la intención de conducta, la actitud acerca de la conducta y la norma subjetiva. La actitud a su vez está determinada por un sistema de creencias [43] [44] [45].

Tanto la actitud, norma subjetiva y creencias, si bien, no se consideran como una variable de clasificación, para determinar grupos de intervención, dado que no son predictores inmediatos de la conducta, si es importante considerarlos en el desarrollo de la consejería, de manera de desarrollar una intervención, integral, más comprensiva.

Por otro lado, se utiliza como factor de clasificación de grupo, la conducta reportada por cada adolescente, permitiendo al profesional de salud dimensionar si esta conducta es de riesgo para embarazo e ITS/VIH o es protectora para la Salud Sexual y Reproductiva del o la adolescente.

También, es importante considerar que este enfoque refiere a un momento en la vida de cada adolescente, la cual no es necesariamente secuencial. Por ejemplo, existen adolescentes que pueden haber tenido relaciones sexuales consentidas o no en la primera fase de la adolescencia y luego mantener una intención de no reiniciar relaciones sexuales por diversos motivos. Es así como cada grupo definido, debiera recibir una intervención diferenciada, la que se detalla a continuación.

6.1.1. Consejería con Adolescentes con intención de Conducta Postergadora

Son aquellos adolescentes que no han iniciado actividad sexual coital o penetrativa y de petting III y no tienen intención de cambiar esa conducta dentro de los próximos 6 meses. Generalmente están en la etapa inicial de la adolescencia (10 a 13 años). Pueden estar petting I o II.

Objetivo

- Promover el retraso del inicio de la actividad sexual, como la conducta más protectora en adolescentes en etapa inicial y el desarrollo de habilidades y capacidades que les permita tomar decisiones en relación a su sexualidad y vida afectiva.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de información e identificar las creencias que posee el o la adolescente, en relación a la sexualidad.
- Favorecer el auto conocimiento y auto cuidado, que les permita la toma de decisiones en relación a su sexualidad y vida afectiva, fortaleciendo su capacidad de discernimiento.
- Evaluar las ventajas de postergar el inicio de la actividad sexual coital o penetrativa y prácticas de petting III, como la conducta más protectora y la capacidad de negarse a mantener relaciones no consentidas.
- Facilitar la identificación de los riesgos y consecuencias del inicio de la actividad sexual coital o penetrativa o de petting III, en edades muy tempranas (primera fase de adolescencia), especialmente el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.
- Apoyar la toma de decisiones en conducta sexual, reconociendo que la decisión actual de postergar el inicio, pueda cambiar en el futuro.
- Fomentar la sensación de auto eficacia en aquellos que confirman la decisión de retrasar el inicio de la actividad sexual coital o penetrativa o de petting III.
- Reforzar que las personas tienen derechos en salud sexual y reproductiva, deben tomar decisiones en base a aprendizajes no discriminatorios, y pueden expresar lo que desean y también lo que no desean.

- Fortalecer habilidades y capacidades para reconocer y superar la presión de la pareja los pares, así como de pedir asistencia cuando lo considere necesario

Desarrollo de primera sesión de Consejería en Adolescentes con intención de conducta Postergadora:

- Compartir información sobre desarrollo puberal, sexualidad y afectividad y clarificar creencias erróneas. Es importante ayudar a cada adolescente en consejería a relacionar las fases del desarrollo puberal con la sexualidad y los afectos, como parte del desarrollo humano, apoyando la comprensión y aceptación así mismo.
- Una vez que ha comprendido el concepto integral de sexualidad (que es mucho más que la práctica sexual, comprende dominios biológicos, psicológicos, entre otros.), apoyarlo para que sea capaz de establecer vínculo entre la sexualidad y afectividad, explorando e integrando contenidos, significados, vivencias y emociones.
- Compartir información acerca de los beneficios del retraso en el inicio de la actividad sexual, como la conducta más protectora. 100% protectora para evitar un embarazo no deseado y una ITS/VIH/SIDA, mientras esta conducta se mantenga [46] [47] [48] [49]. ¿Para ti cual es el beneficio que tiene retrasar el inicio actividad sexual? ¿Qué ganas? ¿Qué logras?
- Alentar a reconocer que postergar el inicio de las relaciones sexuales, es una opción, voluntaria y respetable. Reforzar que su conducta actual, no es la excepción y que muchos adolescentes al igual que él o ella (generalmente adolescentes en etapa inicial), eligen esa opción [46] [47] [48] [49]. “La mayoría de las personas de tu edad, no tienen actividad sexual, y es una opción válida”.
- Ayudar a evaluar las ventajas y desventajas de retrasar el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia inicial versus las de comenzar a tener relaciones sexuales. Para ello se puede proponer hacer un listado con las ventajas y desventajas, de manera que pueda ver la opción con más argumentos. Si bien el profesional puede ayudar a enriquecer este listado, es el o la adolescente, quien la construye. También es importante ayudar a reflexionar sobre las razones percibidas como ventajas de comenzar a tener actividad sexual de manera que pueda visualizar si estos beneficios los puede obtener de otra manera sin exponerse a riesgos o si puede posponer para más adelante. Felicitarla/o por sus argumentos saludables, reforzando las conductas protectoras.
- Facilitar la identificación de las barreras personales e interpersonales que podrían influir en la toma de decisiones (presiones de los pares, de la pareja, temor a perder la pareja, poca asertividad, baja autoestima, entre otras). Alentar la reflexión que favorezca la actitud crítica y el desarrollo de pensamiento independiente, que les permita no imitar las conductas y fomentar su propia decisión y aceptación y la aceptación de los otros. Entregar herramientas para superar estas barreras. Ejemplo, reflexionar sobre las presiones positivas o negativas que pueden ejercer los grupos de pertenencia. Señalar que la presión puede ser positiva, cuando nos ayudan a darnos cuenta que estamos equivocados y nos presionan para que hagamos algo que tiene beneficios para nuestra salud. Es negativa cuando nos presionan para que hagamos algo que puede ser dañino para nosotros. Reforzar que pueden superar estas barreras.
- Alentar el reconocimiento de los beneficios personales e interpersonales del retraso en el inicio de la actividad sexual y reforzar la abstinencia como la conducta más protectora para evitar un embarazo no deseado e ITS/VIH/SIDA. Es importante, mostrar que su conducta puede cam-

- biar en el tiempo y que el uso de métodos de protección dual (anticoncepción eficaz + condón) que previenen de un embarazo e ITS/VIH/SIDA, es también la conducta más protectora.
- Motivar la personalización de los beneficios de la toma de decisiones en conducta sexual. Reforzado que el embarazo y las ITS/VIH/SIDA, son posibles consecuencias al iniciar actividad sexual sin métodos de protección y cómo estas podrían afectar su desarrollo.
 - Facilitar la identificación de barreras personales e interpersonales que podrían afectar la mantención de su conducta. Una vez que ha identificado las barreras, ayudarlo o ayudarla a identificar soluciones posibles de implementar: ¿Cómo hacerlo? Para ello se facilita que analice sus características personales, habilidades y recursos de apoyo que dispone y que le ayudan a mantener la conducta e intención de postergar el inicio.
 - Evaluar si existe congruencia entre la intención de conducta postergadora y la conducta sexual. Por ejemplo no es poco frecuente en las mujeres, que exista incongruencia entre intención y conducta sexual, puede suceder que las adolescentes por aspectos de género (mandatos culturales), puedan ser menos asertivas para comunicar sus decisiones y también puede que enfrenten dificultades para reconocer que pueden estar prontas a iniciarse sexualmente y esto las expone a riesgos derivados de un inicio sexual sin preparación y en un contexto de subordinación al deseo de su pareja [50]. Es importante comprender que no todos los y las jóvenes tienen un rol de género igual y cuando existe una pareja homosexual no necesariamente los roles de género son iguales. Ocurren diferentes situaciones y hay que evaluar cuidadosamente, como en las parejas heterosexuales, si hay algún miembro de la pareja que tenga un rol más sumiso o si ejerce poder sobre el otro miembro a la hora de tomar decisiones relacionadas con la actividad sexual, anticoncepción, protección y prevención de ITS/VIH/SIDA.
 - En caso de existir incongruencia es necesario mostrárselas a cada adolescente en consejería, ayudándole a visualizar si éstas se deben a dificultades para asumirse sexualmente activa, a coerción de la pareja u otras razones. Trabajar con el o la adolescente estas razones reforzando la importancia que sus decisiones sean voluntarias, libres y realistas [51].
 - Compartir información acerca de conductas sexuales de riesgo para embarazo o ITS/VIH/SIDA considerando los riesgos de ciertas conductas de Petting III (ejemplo: sexo oral, contacto entre genitales, juguetes sin uso de preservativos, entre otras).

Desarrollo de segunda sesión de Consejería en Adolescentes con intención de conducta Postergadora:

- Explorar facilitadores y obstaculizadores para comunicar y/o negociar su decisión con los pares y con la pareja. Estimulando a usar formas correctas de comunicación, por ejemplo:
 - Usar palabras y gestos que reflejen su opinión
 - Defender bien los propios intereses.
 - Derecho a decir NO a algunas situaciones, sin sentirse culpable. (Ejemplo, derecho a poder expresar libremente; derecho a rechazar peticiones de otros; derecho a comportarse de acuerdo a convicciones propias, entre otras).
- Reforzar la importancia de ser asertivo o asertiva, es decir, “comunicar de manera honesta, directa y clara lo que uno piensa, siente y quiere, buscando el momento adecuado y sin herir al otro/a o pasar por los derechos de los demás”. Entregar herramientas de comunicación asertiva.

- Apoyar la visualización de otras formas de expresión de afecto sin tener coito u otra conducta sexual (sexo anal u oral) que sea de riesgo para su salud sexual y reproductiva.
- Ayudar a identificar cuáles serán los límites en sus expresiones de afecto y su conducta sexual: hasta donde se quiere llegar, estableciendo límites. No aceptar ser forzado por el otro y no forzar al otro.
- Entregar herramientas para reconocer y enfrentar la coerción, reforzando que las personas no pueden ser obligados en el plano de lo sexual (coerción: acto de forzar o intentar forzar a otra persona a involucrarse en una actividad en contra de su voluntad, puede incluir insistencia verbal, engaños, amenazas, agresión física, entre otras). Se sugiere ver “Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años Víctimas de Abuso” [32] y “Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual” [33].
- Reforzar los derechos sexuales y reproductivos que tienen los y las adolescentes.
- Entregar herramientas de habilidades para la vida: resolución de conflictos, toma de decisión, resiliencia, entre otros.

Figura N°2: Derechos Reproductivos

DERECHOS REPRODUCTIVOS	
A la vida	Tienes derecho a no morir por causas relacionadas con el parto y el embarazo
A la salud	Tienes derecho al nivel más alto de salud reproductiva. Para ello puedes contar con atención integral, y acceder a servicios de calidad, gratuitos y confidenciales.
A la libertad, seguridad e integridad personal	Nadie puede someterte a torturas, penas, tratos crueles, inhumanos, degradantes o a violencia sexual
A decidir el número e intervalo de hijas o hijos	Tienes derecho a realizar tu propio plan de procreación con asistencia médica.
A la privacidad e intimidad	Puedes decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre tus funciones reproductivas.
A la igualdad y a la no discriminación	Nadie puede juzgar tus decisiones relacionadas con tu salud reproductiva por motivos de color, etnia, edad, sexo, religión, opinión política o de cualquier otra índole.
Al matrimonio y a fundar una familia	Una vez que adquieres la edad legal, tienes derecho a contraer, o no, matrimonio y a decidir cuándo es el mejor momento para fundar familia.
Al empleo y a la seguridad social	Tienes derecho a la protección legal de la maternidad y paternidad en materia laboral, a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual, y a no ser discriminado por embarazo.
A la educación en salud reproductiva	Tienes derecho a la educación sexual y reproductiva sin discriminación y a una información oportuna, completa y clara.
A disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana	Tienes derecho a disfrutar del progreso científico y dar tu consentimiento, o no, para ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.
A modificar tradiciones o costumbres que violan los derechos de las personas	Puedes exigir al Estado que adopte medidas para erradicar patrones socioculturales que generan prejuicios y estereotipos sobre las personas.

Fuente: Cartilla Derechos Sexuales y Reproductivos, UNFPA Defensoría del Pueblo, Venezuela; 2013 disponible en sitio http://venezuela.unfpa.org/documentos/P_C6.pdf [52].

Figura N°3: Derechos Sexuales

DERECHOS SEXUALES	
A la privacidad e intimidad	Puede exigir respeto y protección a tu vida privada, intimidad, propia imagen y decidir con quién, cuándo y cómo vives tu sexualidad.
A que se respete tu integridad física, psíquica y moral, por funcionarios y funcionarias públicas	Ningún funcionario y funcionaria en el ejercicio de sus funciones tiene derecho someterte a ningún tipo de violencia, coerción y abuso.
A la información	Tienes derecho a recibir información sobre sexualidad veraz, clara, científica, oportuno y de acuerdo a tu desarrollo evolutivo.
A la educación en salud sexual	Tienes derecho a una educación integral, accesible, laica (libre de creencias religiosas), que garantice los principios de igualdad y equidad de género.
Al libre ejercicio de la personalidad	Tienes derecho al libre ejercicio de tu sexualidad sin discriminación por razones de sexo, orientación sexual, identidad de género, condición, entre otros.
A estar libre de violencia sexual	Nadie puede someterte a malos tratos, abuso físico o mental, explotación esclavitud, violación, prostitución forzada, embarazo forzoso, esterilización forzada y cualquier otro tipo de violencia sexual.

Fuente: Cartilla Derechos Sexuales y Reproductivos, UNFPA/Defensoría del Pueblo, Venezuela; 2013 disponible en sitio http://venezuela.unfpa.org/documentos/P_C6.pdf [52].

Figura N°4: Habilidades para la vida

Habilidades sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades de enfrentamiento de emociones
Habilidades de comunicación. Habilidades de negociación/rechazo. Habilidades asertivas. Habilidades interpersonales (para desarrollar relaciones saludables). Habilidades de cooperación.	Habilidades de toma de decisiones/solución de problemas: <ul style="list-style-type: none"> Comprensión de las consecuencias de las acciones. Determinación de soluciones alternativas a problemas. Habilidades de pensamiento crítico (para analizar la influencia que tienen los pares y los medios de comunicación)	Control del estrés Control de los sentimientos, incluyendo la ira. Habilidades para aumentar el control central interno (autocontrol, auto monitoreo).

Fuente: Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. OPS. 2001.

- Explicitar que su intención de postergar el inicio de la actividad sexual puede cambiar en el futuro, reforzando que el iniciar relaciones sexuales debería ser una decisión informada. Reforzar la importancia de la consulta precoz ante cambio de intención de conducta o conducta sexual, explicitando que puede acudir a su Espacio Amigable o Centro de Salud, para solicitar un método anticonceptivo y condón, y que esta conducta también es la más protectora para su salud. Informar acerca de la anticoncepción de emergencia.

- Evaluar periódicamente la conducta e intención de conducta, en controles de salud u otras actividades que participen los y las adolescentes.
- Informar sobre los programas y actividades que entrega el servicio a los y las adolescentes.
- Derivar a otro profesional de salud en caso detectar factores o conductas que, requieran intervenciones en otros ámbitos.

Contenidos de consejería a trabajar con los padres:

Incorporar y acoger a los padres, entregando información que les ayude en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas, previo asentimiento de la o el adolescente:

- Proveer información sobre desarrollo puberal, sexualidad y afectividad.
- Proveer pautas a usar para lograr una comunicación asertiva con su hijo o hija.
- Reforzar la importancia de ser adultos referentes para sus hijos o hijas en aspectos de la sexualidad y la importancia de acompañarlos y ayudarlos en su desarrollo.
- Informar la forma de trabajo en consejería, los límites de la confidencialidad, la competencia en la toma de decisiones, el enfoque de prevención primaria y secundaria, reconociendo que la decisión y la conducta de los y las adolescentes puede cambiar en el tiempo y la importancia que los padres puedan acompañarlos y ayudarlos en este proceso.
- Alentar a expresar sus dudas, inquietudes, creencias y temores, entregando información que ayude a resolverlas.
- Promover los derechos sexuales y reproductivos que tienen los y las adolescentes.

Comentario:

Estos mismos lineamientos pueden ser utilizados en adolescentes que habiendo tenido relaciones sexuales deciden ser abstinentes, es decir se encuentran sin intención de reiniciar relaciones sexuales.

El concepto de abstinencia puede ser confuso o interpretado de forma diferente entre el profesional y el o la adolescente, para algunos puede ser sólo la ausencia de coito y permitir conductas de petting III y para otros excluirlas. Para evitar estas confusiones se recomienda definir en conjunto que es lo que él o ella considera abstinencia. La definición de abstinencia (CDC: Center for Disease Control and Prevention) es la ausencia de sexo oral, vaginal y anal.

6.1.2. Consejería con Adolescentes con Intención de Conducta Anticipadora

Adolescentes que no han iniciado actividad sexual coital o penetrativa, pero con intención de cambiar la conducta sexual dentro de los próximos seis meses. Pueden estar en petting I, II o III, y estar con o sin riesgo de embarazo o ITS/VIH/SIDA según su conducta sexual.

Objetivos

- Fomentar y guiar la toma de decisiones en conducta sexual y el desarrollo de conductas informadas y seguras en el ejercicio de la sexualidad.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de información e identificar las creencias que posee el o la adolescente, en relación a la sexualidad.
- Lograr que identifiquen conductas de riesgo para embarazo e ITS/VIH/SIDA.
- Apoyar el reconocimiento de retrasar el inicio de la actividad sexual y la actividad sexual protegida, como las conductas más protectoras.
- Fomentar en aquellos que confirman su decisión de iniciar actividad sexual lo hagan en forma informada en un contexto que contemple la sexualidad en forma integral, sin coerción de ningún tipo.
- Promover los derechos en Salud Sexual y Reproductiva que tienen mujeres y hombres en la adolescencia.

Desarrollo de primera sesión de Consejería con Adolescentes con Conducta Anticipadora:

- Compartir información acerca de conductas de riesgo para embarazo y/o ITS/VIH/SIDA, con énfasis en los riesgos de la práctica de Petting III. Facilitar la exploración de creencias y la entregar información veraz. ¿Qué acercamientos sexuales te ponen en riesgo de embarazo? ¿y para una ITS/VIH/SIDA?
- Facilitar el desarrollo de la percepción subjetiva de riesgo de embarazo e ITS/VIH/SIDA frente a conductas de riesgo.
- Motivar la personalización de los beneficios de la toma de decisiones en conducta sexual, ayudando a visualizar la importancia de la decisión que está tomando. Reforzando que el iniciar relaciones sexuales debería ser una decisión informada, voluntaria y no algo que sucede al azar.
- Acompañar en la toma de decisiones en conducta sexual, iniciar o postergar su inicio:
 - Identificar las distintas opciones frente a una situación.
 - Identificar ventajas y desventajas de cada una de las opciones.
 - Elección de una opción.
 - Compromiso con la opción.
- Facilitar el reconocimiento de los beneficios personales e interpersonales del retraso en el inicio de la actividad sexual, versus los riesgos y consecuencias del inicio de la actividad sexual no protegida.

- Facilitar la identificación de las barreras personales e interpersonales que podrían influir en la toma de decisiones (presiones de los pares, de la pareja, temor a perder la pareja, poca asertividad, baja autoestima, entre otras).
- Entregar herramientas para reconocer y enfrentar la coerción, reforzando que ninguna persona puede ser obligados en lo sexual. (coerción: acto de forzar o intentar forzar a otra persona a involucrarse en una actividad en contra de su voluntad, puede incluir insistencia verbal, engaños, amenazas, agresión física, entre otras). Se sugiere ver “Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años Víctimas de Abuso” [32] y “Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual” [33].
- Apoyar y estimular la conversación con la pareja (si tiene o define algún tipo de relación pareja). Entregar herramientas de comunicación asertiva y de negociación. Alentar a reconocer los mandatos culturales existentes, estimular el análisis crítico y apoyar para que elaboren nuevos discursos alternativos. También, es importante si hay algún miembro de la pareja que tenga un rol más sumiso o si ejerce poder sobre el otro miembro a la hora de tomar decisiones relacionadas con la actividad sexual, anticoncepción, protección y prevención de ITS/VIH.

Desarrollo de segunda sesión de Consejería con Adolescentes con Conducta Anticipadora:

- Compartir información sobre las ITS más comunes, formas de transmisión y conductas preventivas. Reforzar la importancia del uso correcto y consistente del condón.
- Compartir información sobre el condón y métodos anticonceptivos, acerca de los tipos, incluyendo y fomentando los métodos de larga duración, sus características, mecanismo de acción y efectos secundarios.
- Explorar proyecto de vida y cómo las consecuencias de la actividad sexual no protegida (embarazo, ITS/VIH/SIDA) harán difícil el alcance de metas y objetivos.
- Facilitar la identificación de barreras personales e interpersonales que podrían influir en la implementación de la decisión tomada.
- Apoyar en el desarrollo de un plan de acción concreto estableciendo metas graduales. Ayudar a que cada adolescente sea capaz de fijarse metas realistas.
- Acompañar durante la implementación y consolidación de la decisión, incorporando de acuerdo a la decisión, ya sea en los controles del método o control ginecológico, contenidos de acuerdo a las necesidades y dejando espacio para acoger sus inquietudes.
- Estimular el auto-refuerzo ante los logros obtenidos. Alentar que el tomar decisiones informadas y de autocuidado es una capacidad que es posible aprender y ejercitar. Entregar herramientas de comunicación asertiva, resolución de conflictos, resiliencia entre otros.
- Compartir información sobre los derechos sexuales y reproductivos que tienen los y las adolescentes (ver figuras anteriores II y III).
- En caso de tomar la decisión de iniciar actividad sexual, facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos y condones, reforzando la importancia de la protección dual (usar un método anticonceptivo eficaz para prevenir el embarazo al mismo tiempo condón, para prevenir las ITS/VIH/SIDA), como la conducta más protectora. También es importante informar acerca de la anticoncepción de emergencia.

Contenidos de consejería a trabajar con los padres:

Acoger a los referentes familiares y ayudarles en su rol de orientar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas adolescentes, previo consentimiento de los y las adolescentes, cautelando la confidencialidad y explicitando sus límites. Es especialmente importante proveerles información que los ayude en su rol de guiar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas:

- Proveer información sobre desarrollo puberal, sexualidad y afectividad, derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, embarazo, ITS/VIH/SIDA.
- Alentar a expresar sus dudas, inquietudes, mitos y temores, entregando información que ayude a resolverlas.
- Reforzar la importancia de ser adultos referentes para sus hijos o hijas en aspectos de la sexualidad y la importancia de acompañarlos y ayudarlos en su desarrollo. Proveer pautas a usar para lograr una comunicación asertiva con su hijo o hija.
- Reforzar que el apoyo a los hijos o hijas adolescentes para llevar una vida sexual saludable y placentera y sin riesgos NO significa fomentar la promiscuidad.

6.1.3. Consejería en Adolescentes sexualmente Activos con pareja única o múltiples parejas

Adolescentes que han iniciado prácticas sexuales (vaginal, anal, oral) con intención de mantener la conducta sexual, con pareja única o múltiples parejas.

Objetivos

- Prevenir el embarazo no planificado, las ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a la conducta sexual activa no protegida en adolescentes.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de información e identificar las creencias que posee el o la adolescente, entorno a la salud sexual y reproductiva.
- Fomentar el reconocimiento de la actividad sexual con protección dual como la conducta más segura.
- Facilitar la identificación de conductas sexuales de riesgo para embarazo y/o ITS/VIH/SIDA y la necesidad del autocuidado.
- Fomentar la sensación de autoeficacia en aquellos adolescentes que están con actividad sexual protegida para embarazo e ITS/VIH/SIDA.
- Promover la equidad de género entre las personas en las relaciones de pareja y en la salud sexual y reproductiva.

Desarrollo de primera sesión de Consejería en Adolescentes sexualmente activos con pareja única o múltiples parejas:

- Compartir información acerca de los beneficios de la prevención del embarazo no planificado e ITS/VIH/SIDA como la conducta más segura, y motivar el reconocimiento de los beneficios personales e interpersonales de esa conducta.

- Ayudar a visualizar las consecuencias personales e interpersonales (en la pareja y las familias) que tendría un embarazo (o un nuevo embarazo) en esta etapa de su desarrollo.
- Facilitar la percepción subjetiva de riesgo de embarazo e ITS/VIH/SIDA en aquellos que tienen actividad sexual no protegida. Ayudarles a visualizar que sus conductas pueden tener consecuencias negativas.
- Entregar herramientas para reconocer y enfrentar la coerción, reforzando que ninguna persona puede ser obligado a mantener relaciones sexuales contra su voluntad (coerción: acto de forzar o intentar forzar a otra persona a involucrarse en una actividad en contra de su voluntad, puede incluir insistencia verbal, engaños, amenazas, agresión física, entre otros). Se sugiere ver “Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años Víctimas de Abuso” [32] y “Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual” [33].
- Entregar herramientas de comunicación asertiva y de negociación. Alentar a reconocer los mandatos culturales existentes y estimular el análisis crítico y a elaborar nuevos discursos alternativos. También es importante si hay algún miembro de la pareja que tenga un rol más sumiso o si ejerce poder sobre el otro miembro a la hora de tomar decisiones relacionadas con la actividad sexual, anticoncepción, protección y prevención de ITS/VIH.
- Promover la conciencia de autoeficacia y auto-refuerzo en aquellos o aquellas que están con actividad sexual protegida.

Desarrollo de segunda sesión de Consejería en Adolescentes sexualmente activos con pareja única o múltiples parejas:

- Compartir información y apoyar la reflexión sobre la salud sexual y reproductiva y cómo lograr un desarrollo saludable, en un marco de derechos. Reforzar los derechos sexuales y reproductivos que tienen los y las adolescentes (ver figuras anteriores II y III).
- Compartir información sobre las ITS más frecuentes y sobre VIH/SIDA, formas de transmisión y conductas preventivas. Reforzar la importancia del uso correcto y consistente del condón.
- Compartir información sobre tipos, características, mecanismo de acción y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, enfatizando aquellos que son más efectivos para los y las adolescentes (DIU, Implantes), así como la forma de acceder a ellos. Incluir información de anticoncepción de emergencia.
- Apoyar el desarrollo de la necesidad de usar protección dual (anticonceptivo eficaz + condón).
- Facilitar la identificación de barreras personales e interpersonales que podrían influir en la toma de decisión, en la utilización de MAC y condones (Ver Consejería uso del condón).
- Acompañar en la toma de decisiones en conducta sexual (uso o no uso de protección dual):
 - Identificar las distintas opciones frente a una situación.
 - Identificar ventajas y desventajas de cada una de las opciones.
 - Elección de una opción.
 - Compromiso con la opción elegida.
- Facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos y condones, según la propia decisión y necesidad. Reforzando la importancia de la protección dual.
- Apoyar la implementación y mantención de las conductas protectoras, incorporando en los controles del método contenidos de acuerdo a las necesidades del o la adolescente y dejando espacio para acoger sus inquietudes.

- Fomentar el auto-refuerzo ante pequeños cambios de conducta y reforzar los beneficios de la consolidación del cambio de conducta.
- Apoyar en caso de "recaídas" (conducta sexual no protegida) ayudando a comprender las razones de esta conducta realizando planes para un próximo intento de retomar la conducta saludable.
- Reflexionar y entregar herramientas que le permitan lograr lo que realmente ha decidido (comunicación asertiva, toma de decisiones, resolución de conflictos, resiliencia entre otros). Continuar el acompañamiento o seguimiento de la toma de decisión, durante el control de Regulación de fecundidad o en consultas, dentro de los seis primeros meses.

Contenidos de consejería a trabajar con los padres:

Acoger a las figuras parentales u adultos significativos que acompañan a los y las adolescentes, escuchando sus temores, preocupaciones y dudas, siempre y cuando él o la adolescente quiera y de su consentimiento, cautelando la confidencialidad y explicitando sus límites.

- Proveer información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, embarazo, ITS/VIH/SIDA y métodos anticonceptivos efectivos en adolescentes.
- Apoyar a que comprendan que la vida íntima de las y los adolescentes es parte de su desarrollo integral y de los niveles crecientes de autonomía y que el hecho de compartirla es una decisión que depende de ellas y ellos.
- Reforzar la importancia de ser adultos referentes para sus hijos o hijas en aspectos de la sexualidad y la importancia de acompañarlos y ayudarlos en su desarrollo.
- Proveer pautas a usar para lograr una comunicación asertiva con su hijo o hija.
- Reforzar que el apoyo a los hijos o hijas adolescentes para llevar una vida sexual saludable y placentera y sin riesgos NO significa fomentar la promiscuidad.

6.2. Consejería en uso del Condón Masculino

Para aquellos adolescentes que ya son sexualmente activos, la prevención considera prácticas de sexo seguro: uso de métodos reversibles de larga duración (DIU o implantes) y del condón (protección dual), el que usado en forma correcta y sistemática disminuye las tasas de embarazo y las infecciones de transmisión sexual. La protección dual debe fomentarse en hombres y mujeres, siendo responsabilidad de ambos considerar el riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Cuando se usan correctamente y en todas las prácticas sexuales, desde el comienzo hasta su fin, los condones masculinos son el método de barrera más efectivo para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Esto significa usar un condón por cada práctica, sea esta vaginal, anal u oral.

En prácticas penetrativas, sean vaginales o anales, el condón debe usarse desde antes de la penetración, cuando el pene está erecto, hasta después de la eyacuación y retirarse antes de que el pene pierda la erección. Si la penetración se realiza con algún tipo de juguete sexual, este debe cubrirse con un condón. Si el juguete es utilizado por otra persona, el condón debe cambiarse. Para prácticas de sexo oral a hombres (felación) debe emplearse un condón masculino

El uso del condón en el caso de sexo oral a mujeres o entre mujeres (cunnilingus: boca vagina; anulingus: boca ano), se recomienda [53]:

1. Usar un condón masculino cortado a la mitad, para que funcione como una barrera de látex, cubriendo los genitales.
2. Sólo usar de un lado y sólo una vez en caso de tener más sexo se debe usar uno nuevo.
3. En la exploración con dedos usar también condón (aún no ha sido comprobada su eficacia por la FDA, sin embargo se recomienda su uso) o un guante de látex delgado o un protector de dedo (dedil), los que se pueden adquirir en sex shop [54].

Según los expertos de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention), el uso adecuado del condón requiere:

1. Usar un nuevo condón para cada contacto sexual, de cualquier tipo (vaginal, anal u oral).
2. Colocar correctamente el condón antes de cualquier contacto genital.
3. Retirar el pene cuando todavía está erecto, evitando que el condón se salga o derrame semen.
4. Utilizar lubricantes sólo a base de agua.

Las principales fallas en el uso del condón se producen por rotura, deslizamiento y no utilizarlo siempre. Errores que pueden hacer que el condón se rompa son: usar un condón cuyo envoltorio estaba en malas condiciones, desenrollar el condón antes de colocarlo en el pene, no apretar la punta del condón para retirar el aire. No desenrollar el condón hasta la base del pene, es un error que puede hacer que el condón se salga.

La información sobre la forma de colocar un condón es necesaria; sin embargo, para lograr tener impacto sobre la conducta y que los y las adolescentes realmente lo utilicen, limitarse solo a la entrega de información no es suficiente [55].

En todas las prácticas sexuales, considerando la diversidad sexual, no sirve ser un experto en la colocación del condón, si no se tiene la habilidad para pedir a la pareja que lo use o la habilidad para proponer alternativas y llegar a un acuerdo en el caso que la pareja no quiera usarlo [56] [57].

El uso del condón en adolescentes requiere del desarrollo de ciertas competencias:

1. Habilidades en el uso del condón.
2. Habilidades para negociar y llegar a un acuerdo en el uso del condón.

Negociar implica tener la capacidad para identificar un conflicto, proponer asertivamente alternativas de solución y llegar a un acuerdo [58]. La asertividad se relaciona con la expresión directa de los sentimientos, deseos, derechos y opiniones de una persona, sin pasar a llevar los derechos de otros, reconociendo la propia responsabilidad en una situación específica y las consecuencias que resultan de la expresión de sus sentimientos [59] [60].

La negociación en el terreno de las relaciones afectivas requiere que ambos miembros de la pareja se perciban a sí mismos en igualdad de condiciones [57] y sean capaces de conversar de sexualidad y expresar sus deseos sexuales. Sin embargo, en muchos adolescentes, por vergüenza, temor o falta de asertividad, exigir el uso del condón a la pareja puede ser una meta difícil de alcanzar. Se necesitan habilidades en el uso del condón y habilidades de negociación en adolescentes, ellos suelen necesitar fortalecer más las habilidades en el uso y ellas las habilidades de negociación, lo que no significa que hombres y mujeres no deban adquirir ambas habilidades.

Objetivos

- Otorgar una instancia de reflexión y apoyo en la toma de decisiones hacia una conducta sexual responsable fomentando el uso correcto del condón, en todas las formas de relación sexual entre los y las adolescentes.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de información e identificar las creencias que posee el o la adolescente, entorno a la Salud Sexual y Reproductiva.
- Fomentar el reconocimiento de la actividad sexual protegida con condón como una conducta protectora para embarazo y/o ITS/VIH/SIDA.
- Fomentar el desarrollo de la necesidad de cambio en adolescentes con conductas de riesgo para embarazo o ITS/VIH/SIDA.

Desarrollo de la Consejería

- Compartir información acerca de los beneficios de la protección dual para prevención del embarazo y las ITS/VIH/SIDA.
- Motivar el reconocimiento de beneficios personales e interpersonales de la prevención del embarazo y/o las ITS/VIH/SIDA.
- Fomentar el uso del preservativo como protección de ITS/VIH/SIDA.
- Facilitar el reconocimiento de los beneficios personales e interpersonales del uso del condón como conducta protectora.
- Entregar información sobre el uso correcto del condón:

Figura N°5: Información a entregar sobre el uso correcto del Condón

Uso correcto del Condón
Verificar la fecha de vencimiento, no se debe usar un condón que esté vencido.
Verificar el estado del envoltorio. Debe estar en buenas condiciones
Abrir el envase con cuidado, por uno de los bordes dentados y no usar los dientes o tijeras ya que puede romperse.
Colocar el condón cuando el pene esté erecto y antes de la penetración (oral, vaginal, anal) de modo de evitar el contacto entre fluidos. Retraer el prepucio (piel que cubre el glande del pene) y colocar el condón.
El condón tiene sólo un lado por el que se puede desenrollar. Tomar el condón sin desenrollarlo y colocarlo en la punta del pene erecto (glande).
Uso correcto del Condón
Apretar la punta del condón con el índice y el pulgar, y con la otra mano sin soltar la punta, desenrollar el condón hasta llegar a la base del pene, dejando un espacio libre y sin aire en la punta para recibir el semen al momento de la eyaculación.
Después de eyacular, sujetar el condón en su base y retirar el pene cuando aún está erecto.
Finalmente, hacer un nudo al condón y botarlo a la basura, no al WC. El condón es desechable, es decir, se utiliza una sola vez y debe botarse en un lugar seguro.
Resulta importante que practiquen y se familiaricen en la colocación del condón. Las destrezas adquiridas les darán seguridad, confianza en sí mismos y la oportunidad de familiarizarse con sus propias sensaciones, pudiendo así derribar mitos como la interferencia o interrupción, la disminución del placer y la sensibilidad.
Se pueden comprar en las farmacias y no se requiere receta médica.
No hay que comprarlos en ferias u otros lugares que no garanticen una adecuada conservación.
Guardarlos en un lugar fresco y seco. No exponerlos a calor excesivo o al sol.
Transportarlos en el bolsillo de la camisa, en una caja (medicamentos, dulces), un estuche. Nunca sueltos en la cartera o en la mochila, tampoco en la billetera o el bolsillo trasero del pantalón ya que se dañarán.
Verificar siempre la fecha de vencimiento, al comprar o usar condones.
No usar lubricantes basados en aceites tales como vaselina, aceites de comer o aceites para la piel o cremas de belleza, ya que dañan el látex y ocasionan ruptura por pérdida de la elasticidad. Se recomienda usar sólo lubricantes en base de agua.
Bajo los efectos del alcohol y otras drogas es más fácil tener prácticas de riesgo o que se olvide el uso del condón.
Nunca usar más de un condón a la vez, la fricción entre ellos puede causar que uno o ambos se rompan o resbalen.
Mantener un stock de condones. No esperar que se acaben para conseguirlos

Fuente: Cartilla Derechos Sexuales y Reproductivos, UNFPA/Defensoría del Pueblo, Venezuela; 2013 disponible en sitio http://venezuela.unfpa.org/documentos/P_C6.pdf [52].

Facilitar la identificación de las barreras personales e interpersonales y el reconocimiento de creencias, que podrían influir en el uso del condón o en su uso correcto y consistente y trabajarlas con información adecuada:

Figura N°6: Barreras y razones frecuentes entre adolescentes ambos sexos para NO usar condón

Barreras	Estrategias para abordar las barreras
Disponibilidad: no tenerlo en el momento preciso	¿Que podrías hacer para que esto no te vuelva a suceder? ¿Cómo podrías solucionar o cambiar esto?
Acceso: Desconocimiento de la entrega de MAC (condón) en centros de salud	¿Dónde puedes obtener métodos anticonceptivos gratuitos? ¿En qué otro lugar puedes obtener condones?
Disminución del placer sexual y la sensibilidad	¿Cuánto crees que realmente disminuye tu sensibilidad? ¿Qué te parece si ensayas con el condón y ves que pasa con tus sensaciones?
Disminución del placer sexual y la sensibilidad	¿En que podría beneficiarte a ti o a tu pareja que la sensibilidad disminuya un poco?
Interferencia o interrupción en la relación sexual	¿Qué crees que pasará con esto cuando lleven un tiempo usando el condón? ¿Cómo podrías disminuir esta interferencia?
No es 100 % efectivo	Reforzar que no existe ningún método que sea 100% efectivo. Es el único método que existe para prevenir las ITS. Su eficacia aumenta con la experiencia en el uso.
Uso de otro método anticonceptivo	Reforzar prevención de ITS
La pareja estable se percibe sana y sin posibilidad de transmisión contagio aunque no se sepa su historial sexual.	Reforzar concepto de riesgo por las conductas sexuales previas y las actuales. La apariencia o el conocer socialmente a una persona no garantizan su estado de salud ni tampoco su riesgo en sexualidad.

- Acompañar a cada adolescente en la toma de decisiones en el uso correcto y consistente del condón.
 - Identificar ventajas y desventajas del usar o no usar condón.
 - Identificar consecuencias a corto, mediano y largo plazo de usar o no usar condón.
 - Guiar la elección de prácticas seguras e informadas.
 - Compromiso con la opción.
- Guiar el desarrollo de un plan de acción de autocuidado concreto, estableciendo metas graduales y realistas, que considere su situación personal y el entorno que rodea al o la adolescente.
- Facilitar el acceso a condón según edad y nivel de desarrollo, propia decisión y necesidad.
- Reforzar, que el uso del condón debe ser negociado con anticipación, ambos miembros de la pareja deben estar de acuerdo y saber cómo usarlo.
- Promover la confianza y optimismo de sus capacidades para negociar el uso del condón.

Figura N°7: Negociando el uso del condón: Respuestas asertivas a argumentos señalados para no usar condones.

Argumentos	Respuestas Asertivas
¿Piensas que tengo alguna enfermedad?	No quisiera que ninguno de nosotros corriera algún riesgo de adquirir infecciones. Sabes, mucha gente que tiene el virus del VIH no tiene síntomas. Probablemente no tengamos una enfermedad, pero es mejor irnos a la segura.
Pero los condones no son 100% seguros	Protegen si los usamos de la manera correcta. Son la mejor protección disponible.
Los condones "matan la onda"	No será así después que nos acostumbremos. Oye, los condones pueden ser divertidos Podemos utilizarlos juntos.
No se siente igual de rico con condón	Nos sentiremos muy bien una vez que nos acostumbremos. Usémoslos y veamos cómo nos sentimos. Pero me sentiré mucho más relajada/o si estoy protegida/o. Con condón puedes/puedo durar más y eso es bueno para los dos.
¿Me consideras un peligro para ti?	Pero sabemos que los condones pueden protegernos. Yo sé que no te gusta la idea, pero los condones son muy importantes ahora. Cualquier persona puede contagiarse con HIV, incluso nosotros.
Estoy/Estás tomando píldoras anticonceptivas	Tendremos que utilizar condones de todas maneras, la píldora no nos protege contra infecciones. Las píldoras no protegen del VIH y las ITS.
Me da vergüenza comprarlos	No sentirás vergüenza después de la primera vez. Los compraré yo, así los tendremos cuando los necesitemos. Vamos juntos a comprarlos.
No tengo condón ahora	Compremos para la próxima vez, pero ahora no tengamos sexo. Disculpa, pero sin condón no. No quiero que nos expongamos a una infección por VIH.
Los condones son muy caros	Disculpa, pero cuido mi salud y la tuya. Podemos comprarlos a medias. No tengamos sexo hasta que estemos de acuerdo.
No te preocupes: Yo sé cuidarme. Voy a retirar el pene antes de eyacular Tú sabes cuidarte, retiras el pene antes de eyacular	Esa forma no es segura. Igual puedo/puedes quedar embarazada o contagiarme con una ITS.
Yo sé que no tengo ninguna ITS	Yo quiero estar súper segura/o para evitar el embarazo y/o las ITS. Yo tampoco creo tener ninguna enfermedad, pero alguno de nosotros podría tenerla y no saberlo.
¿No confías en mí?	Espero que estés diciendo la verdad, sin embargo algunas ITS no tienen síntomas. Seamos responsables y usemos condones. La confianza no es el problema. La gente se contagia infecciones sin darse cuenta.

Argumentos	Respuestas Asertivas
Pero yo te quiero	Entonces cuídame y protégeme. Si me quieres entonces usar condón no es un sacrificio.
Sólo esta vez no lo usemos	Con sólo una vez me puedo/te puedo embarazar. Con sólo una vez me puedo/te puedo contagiar una infección de transmisión sexual. Con sólo una vez se puede contraer el VIH.
Hacer el amor con un condón es como lavarse las manos con guantes	Debemos usar el condón siempre. Sin condón es jugar a la ruleta rusa.
No puedo mantener la erección si me pongo un condón	Te ayudaré a ponerlo y eso te ayudará.
Pero nunca usamos condones antes	Yo no quiero correr más riesgos.
¿Usar condones no te hará sentir menos valorizada/o?	No, me hará sentir responsable.

- Ofrecer pautas de comunicación asertiva que cada adolescente puede usar para lograr una negociación exitosa en el uso del condón. Por ejemplo:

Figura N°8: Pauta de comunicación asertiva.

Hablar antes	Escoger un buen momento para hablar. No esperar hasta que estén a punto de tener relaciones sexuales.
Estar informado o informada	Aprender sobre las ITS y sexo seguro. Así se puede ayudar a la pareja a entender los verdaderos riesgos del sexo no protegido.
Centrarse en la seguridad	La pareja podría decir que no se le tiene confianza. Se debe contestar que el asunto es la seguridad, no la confianza. Una persona puede tener una ITS y no saberlo.
Utilizar pares como ejemplo	Saber que sus pares están practicando sexo seguro puede ayudar a influenciar a la pareja a hacer lo mismo también.

- Fomentar el auto-refuerzo ante pequeños cambios, hacia conductas más protectoras de su salud sexual.
- Acompañar durante la consolidación del uso correcto y consistente del condón, incorporando en los controles del método contenidos de acuerdo a las necesidades del adolescente, dejando espacio para preguntas y para que vuelva a consultar en el futuro.
- Entregar competencias para comprar condones, enfrentar la compra y compartir información sobre características, calidad, precio con la pareja.
- Apoyar a los y las adolescentes en caso de uso inconsistente del condón (“recaídas”).
- Ayudar a los y las adolescentes a comprender las razones y su responsabilidad individual en la recaída y al mismo tiempo, promover la confianza en su capacidad de cambio. Ayudar a esos adolescentes a realizar planes para un próximo intento.

6.3. Consejería para Adolescentes con dudas en la Orientación Sexual, en la identidad de género o adolescentes Gay, Lesbianas, Bisexuales o Trans

En general, existen pocas publicaciones en nuestro país acerca de las necesidades de atención de adolescentes que son lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT), y las posibilidades de capacitación para los y las profesionales de la salud son escasas, por lo cual los adolescentes LGBT que tienen enormes necesidades, se hacen “invisibles” [61].

Adolescentes LGBT o con dudas en su orientación sexual o de género, deben hacer frente, al igual que sus pares heterosexuales, a los cambios propios del desarrollo en la esfera física, cognitiva, psicológica y social. Sin embargo, en la tarea de definir y consolidar su identidad tienen que enfrentar desafíos y obstáculos que no experimentan los heterosexuales, hecho que los y las hace vulnerables a diversos riesgos. En ese proceso, un profesional de la salud cercano y capacitado para al menos acoger y contener, puede ser de gran ayuda para adolescentes y su familias [61].

No se pretende en este documento presentar una revisión extensa de todos los aspectos en relación al tema, sino entregar algunas herramientas útiles para que profesionales de la salud puedan abordar en su consulta aspectos de las necesidades de adolescentes, basándose principalmente en las necesidades de este grupo, en un marco derechos, para hacer las prácticas más inclusivas de la diversidad y disminuir las barreras de acceso.

Es necesario enfatizar que para trabajar en forma efectiva en el tema, se recomienda un acercamiento por tres caminos, uno a uno [61] [62] [63]:

1. Conocimiento de las propias creencias y actitudes frente a personas LGBT.
2. Adquisición del conocimiento acerca de la orientación sexual y enfoque de género, ejercicio de la sexualidad y las prácticas sexuales, en un marco de derechos e inclusión.
3. Adquisición de las habilidades necesarias para acompañar en el desarrollo de una sexualidad integral y dar respuesta a sus necesidades específicas, respetando la autonomía de los adolescentes LGBT, desde una postura bioética que respete la libertad de orientación sexual y con competencias para reconocer comportamientos y contextos vulnerables, que pueden implicar riesgos de ITS, embarazo no planificados y sufrimiento psicológico [64].

Las y los adolescentes pueden presentar confusión con respecto a su orientación sexual, teniendo o no conductas sexuales con individuos de su mismo sexo, de otro sexo o con ambos sexos; sin embargo, esta confusión y experimentación no siempre concluirá en la consolidación de una identidad hetero, homo o bisexual a finales de la adolescencia. Debido a lo anterior se debe tener un adecuado manejo de los diferentes conceptos, especial cuidado en la forma que se discute de sexualidad con los y las adolescentes y no etiquetar la identidad, menos aun considerando sólo las conductas sexuales [61].

Es importante explicitar que la **homosexualidad NO es una enfermedad**. Existe consenso entre los organismos científicos internacionales de que no debe ser considerada una enfermedad [65] [66] y no hay evidencia científica publicada que sostenga la eficacia de terapia reparadora como tratamiento para cambiar la orientación sexual, estando en la actualidad contraindicadas las terapias para modificar la orientación sexual: “las llamadas “terapias reparativas”, carecen de justificación médica y representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de las personas” [67].

Se reconoce que las dudas en la orientación sexual, la homosexualidad o bisexualidad, no requieren tratamiento. Las dificultades que pueden requerir atención psiquiátrica o psicológica y a las cuales los y las profesionales de la salud deben estar atentos, están dadas por la estigmatización, discriminación, homofobia, temores y aislamiento social y emocional ligados a una orientación sexual no heterosexual [68] [69].

La tarea de distinguir y proporcionar un significado a las sensaciones sexuales y las experiencias durante la adolescencia, puede estar llena de confusiones y ansiedades, las que pueden aumentar si se percibe el riesgo de no ser aceptado o se teme que ocurran cambios con la familia, amigos, profesores, pares. La falta de apoyo, o no saber dónde buscar ayuda para aclarar sus dudas e inquietudes, es un factor que comparten adolescentes, jóvenes y sus familias, cuando viven este proceso [61].

Durante la adolescencia, la formulación y consolidación de la identidad constituye una de las tareas del desarrollo [70]. En este aspecto adolescentes que presentan dudas en su orientación sexual deben enfrentar desafíos y obstáculos que no son comunes a todo el grupo de adolescentes.

Troiden desarrolló un modelo, que puede ser útil para comprender las etapas por las cuales se atraviesa en la adolescencia en el proceso de desarrollo de la identidad homosexual, aclarando que pueden no ser exactas en la práctica [71].

Figura N°9: Modelo de Troiden etapas en el desarrollo de la identidad homosexual

Etapas de Troiden y edad en que ocurren	Características
Sensibilización (Niñez y pre adolescencia)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Percepción de ser diferente a pares del mismo sexo. ▸ Sensaciones no específicas y de naturaleza no sexual. ▸ Sentimientos de marginalidad. ▸ Internalización de opiniones que la sociedad manifiesta sobre la homosexualidad. ▸ Bromas y “etiquetado negativo” contribuyen a la internalización de un auto-concepto negativo.
Confusión de la identidad (Adolescencia inicial y media) (Adolescencia inicial y media) En la actualidad alrededor de los 9 y 10 años	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Atracción hacia el mismo sexo (sueños, fantasías). ▸ Percepciones: “puede ser que sea homosexual”; “probablemente soy homosexual”. ▸ Limbo de identidad: Incertidumbre con respecto a la identidad sexual, aún no se percibe a sí mismo como gay o lesbiana, pero ya no tiene la certeza de ser heterosexual. ▸ Estigma y condena social ligados a la homosexualidad generan sentimientos de culpa, miedos, ansiedades, sentido de no pertenecer a ningún grupo, aislamiento, estrés, esfuerzos para esconder lo que está sintiendo, gran soledad. ▸ Potenciales dificultades en el desarrollo de habilidades sociales. ▸ Potenciales dificultades en el desarrollo de la capacidad de intimar. ▸ Lento proceso de aceptación de sí mismo y de comprender qué le sucede (puede durar un mes, un año, o toda la vida).

Etapas de Troiden y edad en que ocurren	Características
<p>Asumir la identidad (Final de la adolescencia o después) Hombres: 19 - 21 años Mujeres: 21- 23 años (Final de la adolescencia o después) Hombres: 19 - 21 años Mujeres: 21- 23 años En la actualidad alrededor de los 14 a 16 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Exploración del ambiente gay y lésbico que proporciona modelos para aprender estrategias efectivas para el manejo del estigma, neutralizar culpas, normas de conducta, etc. ▸ Apertura de la identidad en círculos protegidos. ▸ Identidad heterosexual en público, homosexual en círculos de confianza. ▸ Experimentación sexual. ▸ Miedo a ser descubierto es una amenaza cuando se vive sin apoyo familiar.
<p>Integración y compromiso (Adulto joven) Hombres: 21-24 años Mujeres: 22-23 años No todos lo logran</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Integración de la homosexualidad como una forma de ser, más que una descripción de la conducta sexual. ▸ Orientación sexual como algo natural y saludable, no se desea cambiar. ▸ Se reconoce la identidad en forma honesta y abierta. ▸ Revela la identidad a heterosexuales. ▸ Protegerse y pasar desapercibido reemplazan el disimular. ▸ Posibilidad de establecer relaciones con verdadera intimidad.

Fuente: Troiden RR. (1989).The formation of homosexual identities. Journal of Homosexuality [71].

La evidencia de las últimas décadas muestra que en las generaciones actuales la toma de conciencia de la atracción hacia el mismo sexo ocurre a edades más tempranas, en promedio, alrededor de los 9 años en hombres y 10 años en mujeres y el reconocimiento o asumirse gay o lesbiana se presenta a una edad promedio de 14-16 años, cuando aún cursan la enseñanza secundaria y son emocional y económicamente dependientes de sus familias o cuidadores [72] [73] [74].

La respuesta del adolescente en la etapa de **confusión de la identidad**, suele ser muy diversa y manifestarse con distintas actitudes [75]:

- Negación: rechazar los impulsos y pensamientos homosexuales.
- Reparación: intentos para “curarse” del defecto.
- Evasión: evitar situaciones que puedan revelar la orientación sexual, inhibición ante intereses o conductas asociadas a la homosexualidad.
- Reparación: redefinición de la conducta hacia líneas más convencionales y aparentemente más aceptables para tranquilidad de uno mismo (estrategia del caso especial: “sólo contigo”; estrategia de la temporalidad: “sólo es una fase”; estrategia de situación: “sólo es una experiencia”; estrategia bisexual: “puedo con los dos sexos”).
- Aceptación: el homoerotismo se acepta y hay una búsqueda de información exhaustiva.

La transexualidad, o disconformidad de género se ha definido como “la persistencia de un sentimiento de incongruencia entre sexo físico e identidad de género que causa incomodidad, estrés o impedimento significativo en cualquier área de su funcionamiento personal” [76].

Los problemas relacionados a la incongruencia entre identidad de género y sexo físico pueden cubrir una gran gama de manifestaciones. La incongruencia y los sentimientos que ésta provoca pueden variar entre distintos individuos, tanto en intensidad como en persistencia durante el transcurso de la vida. Generalmente, los casos asociados a mayor intensidad y persistencia, son los que buscarán intervenciones de adaptación corporal en los servicios asistenciales [73] [77].

El espectro de estas intervenciones también es amplio, desde la modificación de aspectos cosméticos transitorios (ejemplo, uso esporádico de vestimenta neutra o del género con el cual se identifica) a intervenciones permanentes (ejemplo, reasignación genital) [73].

Disparidades en Salud:

A las dificultades normales asociadas al proceso de desarrollo, los y las adolescentes con dudas en su orientación sexual, de género o que se definen como LGBT (lesbianas, gay, bisexuales y transexuales), deben enfrentar dificultades derivadas del estigma social, homofobia, transfobia, discriminación y otros estresores asociados a la diversidad sexual [78].

Las investigaciones en el área demuestran que pueden estar expuestos a diversos riesgos. Sin embargo, al igual que sus pares heterosexuales, presentan un desarrollo heterogéneo, que no necesariamente estará asociado a conductas de riesgo o eventos negativos que puedan dañarlos y pueden tener, al igual que todo adolescente, factores protectores ambientales y/o personales que los protegen del daño y que hacen que la mayoría de ellos y ellas logre un desarrollo armónico, una vida sana, feliz y productiva.

Entre los riesgos más comunes, cabe destacar:

Suicidio: Por casi tres décadas las investigaciones han documentado un mayor riesgo de ideación e intentos de suicidio en la población adolescente con orientación sexual LGBT o inseguros en la orientación sexual. Estudios norteamericanos muestran que gays y lesbianas jóvenes intentan suicidio dos a cuatro veces más que sus pares heterosexuales. La asociación entre suicidio y orientación sexual homosexual, se explica por la presencia de factores de riesgo como depresión, uso y abuso de sustancias (utilizados para manejo de la ansiedad y depresión), marginalización, victimización en el colegio, conflictos familiares, discriminación, estigmatización y otros factores asociados a la homofobia. También son más frecuentes los cuadros ansiosos por las mismas razones [51] [56] [62] [78] [69] [79].

A los factores de riesgo de suicidio comunes a todo adolescente [80] proponen que este grupo estaría en mayor riesgo de suicidio cuando presenta ciertas características individuales o ambientales (Anexo V: Factores de riesgo)

Figura N°10: Factores de riesgo suicida [69] [80] [81] [82].

FACTORES DE RIESGO	
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Reconocen su orientación sexual a edades tempranas sufriendo violencia, hostigamiento y aislamiento psicológico ▸ Antecedentes de abuso sexual o historia de abuso familiar ▸ Mantienen su orientación sexual en completo secreto (aislamiento) ▸ Alto nivel de disconformidad con su género ▸ Alto nivel de conflicto intra psíquico por su orientación sexual
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Actitudes homofóbicas y heterosexistas en la familia, amigos, pares y profesores, ▸ Tolerancia y aceptación del ambiente a la homofobia y heterosexismo. ▸ Homofobia o falta de preparación de equipos de salud para abordar el tema. ▸ Carencia de redes donde buscar apoyo
FACTORES PROTECTORES	
	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Conexión y soporte familiar y/o de algún adulto significativo. ▸ Ambiente escolar seguro

Violencia: Son más propensos a sufrir violencia verbal, psicológica, física y /o daño a sus objetos personales, tanto en el hogar como en el colegio. Estudios demuestran que jóvenes LGBT con altos niveles de victimización escolar presentaron mayores niveles de consumo de drogas, suicidio y conductas sexuales de riesgo que sus pares heterosexuales que también tenían altos niveles de victimización escolar [69] [79] [80] [83].

Consumo de drogas y alcohol: Estudios internacionales han demostrado tasas más altas de consumo de alcohol, drogas (esteroides, marihuana y cocaína) y tabaco entre los jóvenes LGB en comparación con sus pares heterosexuales. Otros [84] han señalado, que los jóvenes LGB consumen alcohol y drogas por las mismas razones que sus pares heterosexuales, sin embargo son más vulnerables como consecuencia del aislamiento social y la necesidad de ocultar su identidad sexual, debido a esto pueden utilizar el alcohol y las drogas para enfrentar el estigma y la vergüenza, para negar los sentimientos hacia el mismo sexo o para enfrentar el rechazo o las burlas [69] [79] [81].

Sexualidad: Todo adolescente, que tenga conductas sexuales de riesgo puede ser propenso a contraer el virus del VIH, otras ITS y a tener un embarazo no planificado. Es así como una de cada cuatro personas infectadas con VIH es menor de 22 años, y la prevalencia en adolescentes ha aumentado significativamente durante la última década, especialmente entre los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HSH) [84].

Durante la adolescencia muchos jóvenes aún no se identifican a sí mismos como Homosexuales, Gay o Bisexuales y, por lo tanto, no se relacionan con los mensajes dirigidos a este grupo. A esto puede sumarse el estigma social y pueden ver al comportamiento sexual con el mismo sexo como algo experimental y temporal. Si no se identifican como Gay o Bisexuales, pueden no reconocer los comportamientos inseguros que los ponen en riesgo del VIH y SIDA [85].

La homofobia es un factor que puede hacer vulnerables a estos jóvenes a contraer ITS y otras infecciones. En situaciones de culpa y baja autoestima, se hace complicado negociar el condón, la barrera más efectiva contra las infecciones de transmisión sexual.

La educación sobre el VIH, los riesgos de las conductas sexuales no protegidas y desarrollo de habilidades para negociar sexo seguro son fundamentales para la prevención en este grupo de adolescentes, dejando muy claro que el riesgo no está centrado en la orientación sexual, sino en la conducta sexual sin protección entre hombre que tiene sexo con otro hombre (HSH).

Las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) usualmente son consideradas sin riesgo por sus conductas sexuales, la falta de información y muchas veces la insensibilidad por parte de los profesionales de la salud lleva a esta falsa percepción. Las MSM también tienen riesgo y éste varía en función de sus prácticas sexuales, no de su identidad sexual. En su mayor parte, las lesbianas y las mujeres bisexuales enfrentan los mismos problemas de salud que las mujeres heterosexuales, pero a menudo tienen dificultades para acceder a la atención adecuada [86] [87]. Las consecuencias de estas infecciones, que a veces pasan desapercibidas al no provocar síntomas, pueden llevar incluso a la infertilidad y, en muchos casos, obligan a tratar tanto a la usuaria como a su pareja.

Muchas MSM no acuden a consultas ginecológicas por considerar que no lo necesitan, porque están cansadas que se las asuma como heterosexuales, por temor a sentirse discriminadas, por experiencias previas de discriminación o por malas experiencias de sus pares.

Muchos profesionales de la salud desconocen las necesidades de salud de las MSM, hay también una tendencia a asumir heterosexualidad, suelen existir prejuicios y muchas veces discriminación en la atención, la falsa creencia que no existe transmisión de HPV entre mujeres, por lo que no se realiza screening con el riesgo de detectar lesiones en forma tardía, se suma que las MSM tienen parejas exclusivamente femeninas y hay un gran desconocimiento de las prácticas sexuales más frecuentes [88].

En el caso de las adolescentes que tienen sexo con mujeres, la consulta ginecológica puede ser menor, por temor a ser discriminada o a que no se respete la confidencialidad. El riesgo de embarazo puede estar también presente y no ser considerado, por asumir el profesional que las prácticas sexuales ocurren exclusivamente con mujeres. También puede ser minimizado por las propias adolescentes cuando las prácticas con hombres no son frecuentes.

Es necesario tener presente que no es poco frecuente que los y las adolescentes presenten conductas sexuales con parejas del sexo opuesto, incluso cuando se definen a sí mismos como gay y lesbianas. Estudios indican que mujeres adolescentes que se identifican como lesbianas, bisexuales o inseguras de su orientación sexual tiene un alto riesgo de embarazo, de segundo embarazo y un bajo uso de métodos anticonceptivos [89].

Otros riesgos: Mal rendimiento escolar, ausentismo escolar, deserción escolar, expulsión del hogar.

Objetivos de la Consejería

- Brindar apoyo integral a adolescentes que presentan dudas en la orientación sexual o son LGBT y a sus familias.
- Acompañar y apoyar al o la adolescente en el proceso de definición, aceptación e integración de su identidad.
- Detectar factores y conductas de riesgo, derivando a especialistas cuando corresponda.

- Fortalecer factores y conductas protectoras.
- Favorecer el proceso de aceptación familiar y social.
- Acoger, apoyar y guiar a la familia facilitando la comprensión y aceptación de lo que él o la adolescente está viviendo y lo importante que es la familia, en este proceso.

Desarrollo de la Consejería

Los y las profesionales de la salud **no son responsables** de definir o aún más, diagnosticar la identidad sexual en los y las adolescentes. Lo que corresponde es, ser capaces de explorar y evaluar el nivel de conocimiento, comprensión y las preocupaciones que cada adolescente tiene acerca de su orientación sexual, resolver cualquier duda o idea errada y proveer la atención de salud adecuada.

Deben generar un ambiente clínico de confianza en el cual se abran espacios para que los y las adolescentes comenten sus sentimientos o preocupaciones personales, incluyendo la orientación sexual, cuando se sientan que están listos para hacerlo.

La conversación entre un adolescente y un profesional de la salud es una gran oportunidad, muchas veces única, para discutir las preocupaciones acerca de la orientación sexual y/o las conductas sexuales.

Entre los lineamientos generales más relevantes en la atención de salud de estos grupos específicos, se recomiendan los que se señalan a continuación [61] [90] [91] [92] [93] [94].

Para los profesionales de salud:

- Mantener una actitud de respeto, escucha flexible, abierta, libre de discriminación y de expresiones hostiles al hablar de orientación sexual y parejas sexuales.
- Es necesario tener en cuenta que la atracción y los comportamientos sexuales no siempre son acordes con la orientación sexual y/o identidad sexual y de género, por ejemplo, algunos hombres que tienen sexo con hombres (práctica sexual) no se identifican como gays o bisexuales (orientación sexual). Así también, hay personas que conforman parejas heterosexuales, y mantienen relaciones bisexuales.
- En toda consejería no se debe presuponer el sexo de la pareja del/a adolescente. La información en salud debe ser profesional, científica, que integre todas las orientaciones y prácticas sexuales y respetuosas de los derechos de todas las personas.
- Se debe evitar asociar a las personas LGBT como “potenciales personas viviendo con VIH”.
- En el caso de atender a mujeres no presuponer la heterosexualidad y considerar que las mujeres lesbianas pueden o no querer tener hijos/as.

En el caso de adolescentes trans:

- Presentar una actitud positiva respetuosa y que promueva el acercamiento a los servicios de salud.
- Favorecer el vínculo, demostrando respeto y evitando valoraciones personales o juicios de valor por formas de vida, prácticas e intervenciones realizadas en sus cuerpos.

- Nombrarlos por el nombre que ellos deseen. Se sugiere preguntarles cómo quieren ser llamados.
- Indagar acerca de las transformaciones anatómicas y fisiológicas (producidas por hormonas, implantes, siliconas u otras sustancias), que se han realizado o que se contempla realizar. Contar con esta información permite orientar, derivar, prevenir y tratar posibles daños, efectos secundarios o complicaciones. Se debe considerar que muchas veces las intervenciones son realizadas fuera del sistema de salud y por personal no médico, lo cual podría constituir un delito sancionado en el Código Penal.²

En la consulta o espacios de atención:

- Implementar políticas contra chistes, bromas o comentarios discriminadores y estigmatizadores hacia la diversidad sexual.
- En box de atención, salas de espera de atención u otros lugares visibles colocar afiches, banderas o adhesivos, que den señales de aceptación diversidad y/o expliciten el compromiso de la institución con la atención “igualitaria y sin discriminación a todas las personas”.
- Disponer de material educativo de apoyo relacionado con la sexualidad, diversidad sexual, integración y no discriminación, dirigidas tanto a los y las adolescentes como a sus familias.
- Entregar información acerca de grupos de apoyo y otros recursos para adolescentes LGBT, sus amigos y familias.
- Fomentar que los y las adolescentes se identifiquen con aquellas características de su identidad sexual con las cuales se sientan cómodos, conformes y afines para promover su bienestar global.

Durante la consejería:

Algunos adolescentes pueden tener dudas o confusión en su orientación sexual y pueden, haber tenido conductas sexuales con parejas de su mismo, distinto o con ambos sexos. En estos casos asumir que son heterosexuales, homosexuales o bisexuales, es cuestionar su orientación sexual, lo que puede ser prematuro, inapropiado y contraproducente.

Muchos profesionales pueden tener actitudes fuertemente negativas acerca de la diversidad sexual o simplemente se sienten incómodos con él o la adolescente. Esta actitud podría manifestarse a través del lenguaje no verbal enviando mensajes que son potencialmente dañinos para adolescente LGBT [95]. La Homofobia o falta de preparación de equipos de salud para abordar el tema ha sido identificada como un factor ambiental que puede aumentar el riesgo de suicidio en este grupo de adolescentes [80]. Por ello, en caso que el profesional sienta barreras personales para abordar los aspectos de la sexualidad LGBT, debe derivar a un profesional que no presente estas barreras, asegurando que el o la adolescente reciba la atención necesaria y de calidad.

² Delito de ejercicio ilegal de facultades médicas, sancionado en el Art. 313 del Código Penal, además de estar expresamente prohibido en el Art. 112 del Código Sanitario.

Resulta imprescindible también, reconocer, considerar y estimular las fortalezas y factores protectores, estos no deben ser ignoradas, por el contrario, es desde las fortalezas que las vulnerabilidades deben ser trabajadas. La conexión y contención en la familia o de algún adulto significativo y un ambiente escolar seguro proporcionan una protección significativa para la ideación suicida en adolescentes LGBT [82].

La promoción de la resiliencia en el desarrollo positivo y aceptación de la identidad en lesbianas, gays, bisexuales y transexuales, es un enfoque que también debe ser constantemente considerado en la realización de las consejerías.

Es importante tener presente en la consejería los siguientes aspectos:

- Explicitar y asegurar confidencialidad.
- No asumir heterosexualidad.
- Utilizar un lenguaje libre de presunciones heterosexuales hasta que se conozca la orientación sexual del adolescente. Hacer una pregunta presumiendo la orientación sexual y que el/la adolescente tenga que corregir, es un error.
- Usar lenguaje neutral en género, sin prejuicios y que no refuerce el heterosexismo. Por ejemplo, hablar de pareja, en lugar de pololo o polola, referirse a protección en lugar de anticoncepción, entre otros. En caso de adolescentes que se autodefinen trans, utilizar el nombre social en lugar del nombre legal, permite disminuir barreras hacia la atención de salud [96].
- Preguntar por orientación sexual y las conductas sexuales sin juzgar, sin juicios de valor, por ejemplo:
 - *¿Te sientes diferente en algún aspecto a otros/as adolescentes de tu edad?*
 - *¿Has sentido dudas o inquietudes en aspectos relacionados con la atracción sexual?*
 - *¿Has tenido la sensación de no estar seguro/a si te atraen los hombres o las mujeres?*
 - *¿Sientes atracción hacia los hombres las mujeres o ambos?*
 - *¿Quién despierta tus sueños, tus fantasías eróticas?*
 - *¿Has tenido alguna vez conductas/experiencias sexuales?*
 - *¿Estás pensando ser sexualmente activo/a con alguien?*
 - *¿Estás en alguna relación? ¿Tienes pareja?*
 - *¿Eres sexualmente activa/o?*
 - *¿Tus parejas han sido hombres, mujeres o ambos?*
- Modular el lenguaje verbal y no verbal. El o la adolescente debe sentir que las dudas o el reconocimiento de la orientación sexual no provocará una reacción negativa.
- No asumir que existen conductas sexuales y si existen conductas sexuales, no asumir que han sido exclusivamente con parejas del mismo sexo.
- No minimizar el riesgo de embarazo en hombres y mujeres.
- Escuchar sin juzgar y aliviar la culpabilidad. Reforzar que lo que les sucede y lo que está sintiendo es parte del proceso de desarrollo y consolidación de su identidad.

- Apoyar la reflexión acerca de los sentimientos; puede existir dudas, inquietudes, atracción hacia las personas del mismo sexo y/o conducta sexual homosexual o bisexual; sin embargo, durante la adolescencia la identidad está en desarrollo, de modo que estos sentimientos o conductas no necesariamente definen o consolidan aún la identidad sexual.
- La incertidumbre acerca de la orientación sexual es parte normal del desarrollo.
- Adolescentes trans requieren de la asistencia de profesionales capacitados, que permitan la derivación oportuna y el acompañamiento a el/la adolescente y su familia
- No hay que minimizar la preocupación del adolescente diciéndole que ya se le va a pasar y “que no se preocupe”.
- Nunca asegurar que los sentimientos que experimenta son algo pasajero. En algunos casos lo son, pero en otros, no.
- Ayudar a comprender que toda orientación es normal, válida y respetable y que no es una opción. Con cualquier orientación sexual va a poder desarrollar su identidad y alcanzar la plenitud.
- Reforzar que la orientación sexual: homosexual, bisexual, heterosexual son variantes humanas de la diversidad y ninguna de ellas es una enfermedad.
- Ayudar a entender la situación y no asumir la premisa que él o la adolescente necesariamente es heterosexual, gay o lesbiana, sino dar el espacio, el tiempo y la libertad para moverse a través de esta incertidumbre sin ser presionados a etiquetarse en alguna identidad definida.
- Reforzar la aceptación de sí mismo como un proceso evolutivo, que requiere tiempo para explorar, observar y aceptar lo que se puede llegar a ser.
- Dar seguridad, ofrecer apoyo y acompañamiento. En el caso de adolescentes autodefinidos como transexuales, explicar los procedimientos disponibles para el proceso de transformación corporal, reforzando el autocuidado, y explicando los riesgos de la autoadministración de preparados hormonales, procedimientos no seguros para la colocación de implantes y modificación [76].
- Ayudar a superar la incertidumbre entregando información acerca de la sexualidad, aclarando creencias erróneas o estereotipos, como ejemplo: gay no es sinónimo de características femeninas, lesbianas no son sinónimo de masculinas.
- No se debe intentar cambiar la orientación sexual. Las supuestas terapias de cambio de orientación sexual carecen de justificación médica y son éticamente inaceptables.
- Reforzar el sexo seguro, el uso del condón en todas las formas de relación sexual.
- Realizar consejería de prevención del consumo de alcohol y drogas, reforzando la relación existente entre el abuso de estas sustancias y la conducta sexual de riesgo.
- Identificar y evaluar cuidadosamente la existencia de factores o conductas de riesgo, como:
 - Síntomas depresivos, ideación o intento suicida, abuso de alcohol y drogas, rechazo familiar.
 - Episodios de violencia sexual con un tercero o con su pareja.
 - Abuso sexual, Maltrato o bullying.
- Prevenir situaciones de riesgo como contactos a través de internet, asistencia a lugares de recreación que pueden significar mayor riesgo por la presencia de personas de diferentes edades.

- Realizar screening y consejería adicional, según la conducta sexual y riesgo de cada adolescente, en aspectos como test para ITS, VIH, embarazo, vacuna hepatitis B, vacuna hepatitis A, entre otras.
- Derivar a otros especialistas cuando se identifiquen aspectos que requieran apoyo (pediatra, médico familiar, psicólogo, psiquiatra, otros). En el caso de adolescentes trans, derivar para apoyo especializado [76].
- Entregar apoyo a aquellos/as adolescentes que enfrentan o anticipan conflictos derivados de su orientación sexual con la familia, amigos o escuela.
- Acompañar y/o guiar al o a la adolescente para enfrentar a los padres, reconociendo la necesidad de empatizar con sus sentimientos.
- Fortalecer habilidades de afrontamiento frente a situaciones de estigmatización, rechazo o discriminación.
- Recordar y reforzar el concepto que, sólo él o la adolescente puede definir su orientación y finalmente su identidad.
- La revelación de la homosexualidad de un(a) adolescente, puede ser motivo de graves conflictos familiares, pudiendo ser causal de maltrato físico o psicológico y, en algunos casos, expulsión del hogar. Por estas razones es decisión exclusiva de cada adolescente cuando asumir y declarar su orientación sexual o identidad de género. Este proceso implica salir de un lugar seguro a otro en que la persona puede quedar expuesta a que la discriminen, por ello es de gran ayuda que ellos/as reciban consejería previa, que les ayude a evaluar las ventajas y desventajas que esto puede significar y reciban acompañamiento en este proceso.
- Apoyar el fortalecimiento de la red social.
- Realizar orientación sobre, uso correcto del preservativo y lubricantes (no usar lubricantes con base de aceite como vaselina o crema), uso de objetos seguros para juegos eróticos (no utilizar botellas ni objetos de vidrio; correcta higiene de juguetes utilizados), consulta urgente si se produce rotura u otro tipo de síntomas de ITS para realizar diagnóstico, tratamiento oportuno permitiendo tratar a los compañeros/as sexuales y disminuir la duración del periodo de transmisión. Riesgos acerca de prótesis y materiales de implantes que no cumplen con condiciones de biocompatibilidad.

Recomendaciones para un lenguaje inclusivo [64]:

- Incorpore en fichas y/o formularios de admisión al servicio, datos con lenguaje inclusivo: nombre social (como quiere ser llamado) y nombre legal (nombre cédula identidad).
- Utilice un lenguaje con términos de género neutro: pareja en vez de polola/pololo.
- Cuando pregunte por sexo, incluya opciones: “hombre”, “mujer” y “prefiero identificarme cómo”, dando la opción a completar lo que la persona prefiere.
- Cuando pregunte por género, incluya opciones: “masculino”, “femenino”, “prefiero identificarme cómo”, dando la opción a completar lo que la persona prefiere.
- Cuando pregunte por orientación, incluya opciones: “heterosexual”, “homosexual”, “bisexual”, “prefiero identificarme cómo”, dando la opción a completar lo que la persona prefiere.

Apoyo a las familias

El saber que un hijo o hija adolescente es LGBT suele causar un gran impacto en padres, madres y otros referentes familiares a pesar que, muchos de ellos pueden haberlo sospechado con anterioridad. Independiente de la forma en que los padres se enteren que un hijo o hija es gay, lesbiana, bisexual o trans, dicho conocimiento muchas veces producirá en ellos una serie de sentimientos y sensaciones:

- Desaprobación, rechazo, búsqueda de tratamiento que ofrezca cura
- Dolor, miedo, culpa, enojo y pérdida.
- Culpa, vergüenza y tristeza, ¿Qué hicimos mal?
- Confusión.
- Temor a la desaprobación y rechazo de parientes y amigos, hacia ellos y su hijo o hija.
- Duelo, frustración y pérdida de lo que esperaban para su hijo o hija.
- Temores por el futuro.

Las madres y padres, tienen la necesidad de ser escuchados y apoyados, pero no saben dónde acudir y muchas veces consultan a varios profesionales sin encontrar respuestas a sus inquietudes.

La consejería es una herramienta de gran utilidad para los padres de adolescentes LGBT y debe estar orientada a resolver sus dudas, creencias erróneas y temores, a que comprendan la diversidad sexual como una variante de la sexualidad, dándoles el tiempo necesario para que procesen e integren todos estos aspectos y comprendan lo fundamentales que son como apoyo para sus hijos, reforzando además la necesidad de apoyo y amor incondicional como padres, independiente de cuál sea finalmente la identidad sexual que se consolide en la adolescencia [93] [75].

Ley 20.609: Desde el año 2012 Chile cuenta con una Ley antidiscriminación, cuyo objetivo fundamental estipulado en su Art.1º es “instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho toda vez que se cometa un acto de discriminación arbitraria”.

Artículo 2º.- “Definición de discriminación arbitraria. Para los efectos de esta ley, se entiende por discriminación arbitraria 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”. [111]

6.4. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para hombres adolescentes

Generalidades

En primer término es necesario tener presente que los hombres adolescentes son educados en una sociedad que aún no es equitativa desde la perspectiva de género. Ello se refleja en muchos ámbitos de la vida, y no son una excepción las relaciones afectivas – sexuales (94). La cultura masculina hegemónica tiende a la subordinación de las mujeres en varios planos de la vida cotidiana y algunos de los efectos más nefastos son visibles en las cifras de violencia doméstica y de abuso sexual [97] [98].

Por otra parte, es sabido que la responsabilidad reproductiva y el control de la fecundidad ha recaído y recae aun mayoritariamente en las mujeres, y que si bien se perciben cambios positivos en las nuevas generaciones, involucrándose en mayor medida los hombres, aún es insuficiente. Los servicios de salud aún no han implementado espacios de atención que puedan adaptarse para dar atención a los hombres en relación a la atención de la SSR, salvo excepciones.

La Consejería es un espacio oportuno para promover cambios actitudinales que posteriormente puedan reflejarse en las prácticas más equitativas y menos sexistas en la sexualidad de los hombres y en su comportamiento respetuoso y no misógino hacia sus parejas. No es lo mismo realizar consejería con un adolescente siendo quien le orienta un profesional hombre o mujer, si bien ello no constituye un impedimento. Además de la identificación y de la confianza de los consultantes con quien les orienta, es fundamental el marco axiológico que se pone en juego en la consejería.

Por estas razones, es necesario producir cambios conceptuales y metodológicos en la atención hacia los hombres.

Esta guía contiene orientaciones para adolescentes, que si son aplicadas con un criterio de promoción de equidad, e intenten aproximar a los hombres a la responsabilidad en materia de salud sexual y reproductiva, de una paternidad involucrada en todo sus planos y a prevenir las relaciones de violencia con sus parejas (violencia en el pololeo, negativa al uso del preservativo, entre otras modalidades).

Recomendaciones para la atención de hombres adolescentes en Consejería:

- Mantener una actitud de apertura, que permita generar la confianza básica en los hombres que consultan, sea de manera espontánea o derivados por profesionales del equipo.
- No dar por sobrentendido que las relaciones sexuales que ha mantenido el adolescente ha sido exclusivamente heterosexuales.
- No descartar relaciones esporádicas con otras parejas, aún en el marco de las relaciones definidas como “estables”. Hay hombres que alternan su protección anticonceptiva y ante ITS con una pareja y no con otra.
- En los casos en que la consejería se realice conjuntamente con su pareja heterosexual:
 - Incluirlo desde el punto de vista locativo (disponibilidad de sillas, folletería inclusiva de la figura masculina, afiches) y en el diálogo que se establezca entre profesionales y adolescentes.
 - Participar de las decisiones de mutuocuidado de la pareja, desde una mirada integral.

- Implementar estrategias de atención diferenciadas (distintos horarios o días de la semana para realizar consejerías a adolescentes).

Recomendaciones para los profesionales que desarrollen consejería incluyente de hombres adolescentes, es recomendable:

- Realizar una lectura crítica, constructiva y compartida de los materiales comunicacionales disponibles sobre anticoncepción e ITS para adolescentes, con el fin de participar en evaluación, diseño e implementación de nuevas estrategias incluyentes de hombres, con perspectiva de género, interculturalidad (incluidos pueblos originarios) y curso de vida.
- Participar de instancias de capacitación sobre masculinidad y salud, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.
- Contar con evidencia nacional y regional actualizada sobre estudios de masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva con adolescentes, que sustente la posibilidad de mayor comprensión de las conductas y actitudes masculinas y femeninas en SSR, con sus diferencias y promueva la sistematización de las acciones a nivel local (consejería, ruta de atención, entre otras).
- Apoyar la inclusión de las temáticas de hombres adolescentes en las instancias de coordinación, capacitación y evaluación del establecimiento, a los efectos de considerar las necesidades específicas para la atención y así lograr niveles crecientes de integración en las instancias de consejería.

Sugerencias de temas a abordar durante la consejería en hombres adolescentes:

- Conocimientos sobre ITS
- Percepción de riesgo de embarazo
- Disfunción sexual (eyaculación precoz, disfunción eréctil)
- Utilización de métodos anticoncepción por su/s pareja/s
- Uso de Condón
- Negociación de preferencias de actividad sexual
- Uso o consumo de esteroides
- Experiencias de violencia física, psíquica y/o sexual
- Reforzamiento de autoexamen de pene y testículos
- Consumo de pornografía

7. DESARROLLO DE LA GUÍA

No existen guías Ministeriales previas para este grupo etario en relación a esta temática específica.

7.1. Grupo de Trabajo

Este documento se origina de un documento borrador trabajado por un grupo de expertos externos en el año 2008, quienes fueron convocados para realizar esta versión junto al equipo del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL en el año 2013-2015.

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Responsables Técnicos del documento

Equipo Profesionales del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud:

María Paz Guzmán Llona	Médico Pediatra Jefa Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Lorena Ramírez Concha	Matrona. Encargada Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Tamara Vásquez Ortega	Matrona. Comisión de Servicio. Académica Escuela de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Santiago de Chile. Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente, Rucahueche.
Cettina D'Angelo Quezada	Matrona Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Pamela Burdiles Fraile	Matrona Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

Autoría y redacción:

María Isabel González Trivelli	Enfermera Matrona. CEMERA. Centro de Medicina Reproductiva y Salud Integral del Adolescente Profesora Asistente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
Lorena Luisa Ramírez Concha	Matrona. Encargada Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Depto. Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública

Autoría y redacción capítulos:

Adela Montero Vega	Médico, Especialista en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia. Directora de CEMERA. Profesor Asistente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Cap. 2. Marco conceptual, 2.4 Aspectos éticos
Carlos Guida Leskevicius	Médico Centro de Atención Integral de Salud del Adolescente, Rucahueche. Académico, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile. Cap. 6 Consejería en temas específicos, 6.4. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para hombres adolescentes

Profesionales de Unidades Técnicas del Ministerio de Salud, Colaboradores en la elaboración del documento:

Paulina Troncoso Espinoza	Médico Gineco Obstetra, especialista en Ginecología pediátrica y de la adolescencia. Encargada Nacional Programa de la Mujer. Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud.
Yamileth Granizo Román	Matrona, Programa de la Mujer Subsecretaria de Salud Pública Ministerio de Salud.
Ana Ayala González	Matrona-Enfermera, Programa Nacional de Cáncer, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Edith Ortiz Núñez	Enfermera. Encargada Nacional Programa de VIH, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Carolina Peredo Couratier	Matrona, Programa Nacional de VIH, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Paz Robledo Hoecker	Médico Pediatra, especialista en Adolescencia. Jefa de la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
Pamela Meneses Cordero	Socióloga Encargada Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Grupo de Expertos Participantes:

Ximena Luengo Charath	Médico especializado en Adolescencia, Asesora del Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública, Coordinadora de la Oficina de Bioética.
-----------------------	--

Colaboradores externos:

Fundación Todo Mejora
Colegio de Matronas y Matrones de Chile

7.2. Declaración de conflictos de interés

Ningún participante en la elaboración de esta guía ha declarado conflicto de interés respecto a los temas abordados en la guía.

7.3. Revisión sistemática de la literatura

Se realizó una búsqueda de literatura científica en Medline y fuentes secundarias (Cochrane Library, DARE, HTA Database), que privilegió la identificación de revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica de buena calidad, y en ausencia de estas, estudios originales del mejor nivel de evidencia disponible. Esta búsqueda fue complementada con literatura aportada por el grupo de expertos.

7.4. Formulación de las recomendaciones

La formulación de las recomendaciones se realizó mediante el consenso del grupo de expertos convocados, la evidencia encontrada en la revisión sistemática y el aporte bibliográfico de los participantes.

7.5. Validación de la guía

Previo a su publicación, la guía fue sometida a consulta pública.

7.6. Vigencia y actualización de la guía

Plazo estimado de vigencia: 3 años desde la fecha de publicación, y será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante.

8. ANEXOS

ANEXO I: Sitios Web dirigidos a jóvenes LGBT

Proyecto Joven confundido:	http://jovenconfundido.com/ @jovenconfundido
Proyecto Todo Mejora:	http://www.todomejora.org/ @TodoMejora
Comisión Juvenil Fundación Iguales	http://www.iguales.cl/juvenil/ @Juvenil_Iguales
OTD Organización de Transexuales por la dignidad de la diversidad	http://transexualesdechile.org/ http://www.facebook.com/otd.chile@OTD_Trans

9. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Sexualidad: Parte constitutiva del ser humano, que no se remite solamente a una interacción física ni a la reproducción de la especie, sino que se configura como factor de placer, favorece la comunicación de emociones, mejora el aprecio y las relaciones entre personas y consigo mismo/a. También es el conjunto de las diversas maneras en que las personas se relacionan como seres sexuales con otros seres, en intercambios que son al mismo tiempo acciones y prácticas cargadas de sentido. Cada sociedad organiza, a su modo, el potencial erótico humano. La sexualidad se configura mediante la unión de dos ejes: la subjetividad y la sociedad; es decir entre quiénes, qué somos y el crecimiento, el bienestar, la salud y la prosperidad de la futura población [99].

LGBT: Son las primeras letras para referirse a: Lesbianas, Gays, Bisexuales y trans (Travestis, Transgéneras/os, Transexuales) [100].

Género: Construcción social y cultural de las diferencias sexuales; es la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos. Se han dividido históricamente en género masculino y género femenino [99].

Identidad con el sexo: Es el grado de afinidad y conformidad que se tiene con la categoría asignada desde el nacimiento a partir de la apariencia externa de sus genitales. Categorías establecidas mujer, hombre e intersexuales (quienes presentan inconsistencias entre los genitales internos y genitales externos, en diferentes medidas) [100].

Identidad de género: Es el grado de afinidad y conformidad que se tienen con las expectativas y normas establecidas en su contexto social, y que definen la forma de comportarse para hombres y mujeres. Las categorías establecidas en la identidad con el género son: femenino/a, masculina/o, andrógino/a [100].

Identidad sexual: Alude al marco de referencia interno que permite a una persona formular un concepto acerca de sí misma sobre la base de su sexo, género y orientación sexual [99].

Orientación sexual: Se refiere a la “capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género”, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas” [101].

Para la OPS, la orientación sexual es la organización del erotismo y/o apego emocional de un individuo respecto al sexo y género de la pareja implicada en la actividad sexual. Se puede manifestar mediante una combinación de conducta sexual, fantasías, pensamientos o deseos.

Se han definido tres posibles categorías de orientaciones sexuales [100]:

- Heterosexual: es la persona que se siente atraída física, emocional y sentimentalmente por individuos del otro sexo.
- Homosexual: es aquella persona que se siente atraída física, sexual y sentimentalmente por individuos del mismo sexo. En el caso de mujeres (lesbianas) y de hombres (gays).

- **Bisexuales:** es aquella persona que se siente atraída física, sexual y sentimentalmente tanto por mujeres como por hombres.

Práctica Sexual: Alude a los comportamientos sexuales de las personas, sean acciones individuales o con otros. Incluye contacto físico directo, solo a nivel de la estimulación y/o al placer psicológico [99].

Diversidad sexual: Implica considerar la existencia de variadas orientaciones sexuales e identidades de género, por ejemplo: heterosexualidad, homosexualidad (gays y lesbianas), bisexualidad, transexualidad, transgeneridad e intersexualidad. En otras palabras, el concepto de diversidad sexual rompe con lo que se conoce como heteronormatividad que supone considerar a la heterosexualidad como un modelo hegemónico, superior y “normal” frente a otras realidades sexuales [102].

Transexual: Las personas que se identifican como Transexuales Masculinos, nacieron con genitales clasificados como femeninos (vulva y vagina) y reniegan de lo que la sociedad les impone como conductas femeninas o acordes a su sexo, manifiestan conductas masculinas y deseos de modificar sus cuerpos para masculinizarlos y ser reconocido en el sexo hombre y con expresión de género masculino. Las personas que se identifican como Transexuales Femeninas, nacieron con genitales clasificados como masculinos (pene y testículos) y reniegan de lo que la sociedad les impone como conductas masculinas o acordes a su sexo, manifiestan conductas femeninas y deseos de modificar sus cuerpos para feminizarlos y ser reconocidas como mujeres, con expresión de género femenino. La adecuación corporal y de expresión de género es comprendida y llamada como un tránsito, desde el sexo y expresión del género dado hacia el sexo y expresión de género con que la persona se identifica [64]

En la actualidad, recurren a operaciones quirúrgicas y procesos de reemplazo hormonal con hormonas sexuales (testosterona, estrógeno y progesterona) 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 [103].

Transgénero: Es un término general que se aplica a una variedad de personas, conductas y grupos que tienen prácticas que se diferencian de los roles de género normativos (hombre/pene/masculino contrapuesto a mujer/vagina/femenina).

No existe consenso en la definición exacta de transgénero y se incluyen dentro de esa categoría algunas manifestaciones como:

Persona con identidad ambigua frente a las normas convencionales de género (masculino/femenino) y se define en cualquier categoría menos en las que tiene el pensamiento hegemónico sobre cómo deben ser los géneros. Personas que fueron asignadas a un género al nacer, en base a sus genitales, que no les acomoda y sienten que esta definición es falsa o incompleta sobre ellas mismas. La no identificación con, o no presentación con el género que se les asignó al nacer [103].

Las personas transexuales o transgénero pueden tener una orientación sexual heterosexual, homosexual, bisexual.

Travestis: Consiste en utilizar ocasionalmente vestimentas socialmente asociadas al otro sexo, sin

que exista una diferencia entre el sexo biológico y psicológico. En este caso la persona no se siente conforme expresando de manera exclusiva el género asignado a su sexo y busca expresarse de diferentes formas [100]

Transformista: Se trata de personas que utilizan expresiones de género socialmente asociadas al otro sexo con fines artísticos y de entretenimiento, ej. ropa, maquillaje [100].

Teoría Queer: Rechaza la categorización del individuo en categorías universales como “homosexual”, “heterosexual”, “hombre” o “mujer”. Según esta teoría, la identidad sexual de las personas es el resultado de una construcción social. De ser así, no existirían papeles sexuales esencial o biológicamente inscritos en la naturaleza humana. Es decir, todas las identidades relativas a la sexualidad, género y/u orientación sexual son igualmente anómalas, ya que son un producto socio-histórico [104].

Salud Sexual: *“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.”* [105].

Salud Reproductiva: *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”* [106].

Atención de la Salud Sexual y Reproductiva: se refiere al conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Por supuesto que incluye también la salud sexual, cuyo objetivo, es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual, tal como se afirma en los ámbitos científicos e institucionales que abogan por la salud [106].

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] C. Stella, La Educación Sexual en el Contexto de la Salud Integral en la adolescencia, OPS/OMS, 1996.
- [2] P. Hamel, Sexualidad y género en la adolescencia. Psiquiatr Adolesc., Editorial Mediterráneo, 2006.
- [3] C. Ramírez, «Conceptos sobre sexualidad humana. Apuntes Postítulo. Salud sexual y Reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería.» Universidad de Santiago, Santiago, 2013.
- [4] T. Zubarew, «Acta Bioethica (Continuación de Cuadernos del programa Regional de Bioetica OPS/OMS).» de *Diplomado Desarrollo y Salud Integral del Adolescente*, Pontificia Universidad Católica, 2010.
- [5] M. Biggs, X. Luengo, A. Obach y M. Sadler, Estudio de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile., Santiago: Organización Cultura Salud, 2011.
- [6] L. Rew, M. Resnick y T. Beuhring, « Usual sources, patterns of utilization, and foregone health care among Hispanic adolescents.» *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Med*, vol. 6, nº 25, pp. 407-13, 1999.
- [7] M. Sadler y F. Aguayo, Estudio de Dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes., Santiago: Gobierno de Chile, 2006.
- [8] X. Luengo, A. Zepeda y T. Millán, «Jornadas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva organizadas por ICIMER.» de *Instituto Chileno de Medicina Reproductiva*, Santiago, 2007.
- [9] S. Madrid, «Paternidades Adolesc Ordenamiento Género En Chile.» *Revista del Observatorio de la Juventud del Instituto Nacional de la Juventud*, nº 10, pp. 40-9, 2006.
- [10] O. Gomez, R. Molina y N. Zamberlin, Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe., Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2010.
- [11] World Association for Sexual Health (WAS), Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico., Minneapolis: World Association for Sexual Health (WAS), 2008.
- [12] Ministerio de Salud, Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario., Santiago: Gobierno de Chile, 2008.
- [13] V. Fuller, D. Corvalan y T. Poblete, «Familia y Adolescencia. Adolesc Promoción Prevención Atención Salud.» Universidad Católica, Santiago, 2003.
- [14] C. Ramírez, «Modelos y enfoques integradores para abordaje del trabajo con adolescentes. Apuntes Postítulo. Salud sexual y Reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería.» USACH, USACH, 2012.
- [15] S. Introini y I. Segura, «Programa de adolescencia y modelo de salud familiar una realidad posible.» 2002. [En línea]. Available: <http://www.medicina.uach.cl/postgrado/diplomados/saludpublica/trabajos.php>. [Último acceso: 28 Junio 2013].

- [16] C. Güida y G. Corbo, «Buenas Prácticas para la Atención en Salud Sexual y Reproductiva. Proyecto Desarrolla,» Montevideo, PNUD Uruguay, 2011.
- [17] Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Santiago: Gobierno de Chile, 2012.
- [18] C. Ramírez, « Educación sexual en la adolescencia: consejería para adolescentes. Apuntes Maestría Salud Integral y Adolescencia,» Asociación Latinoamericana de Pediatría ALAPE , Montevideo, 2010.
- [19] ONU, «Convención sobre los Derechos del Niño,» [En línea]. Available: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>. [Último acceso: 28 Junio 2013].
- [20] P. Robledo, «Aspectos éticos y legales y derechos sexuales y reproductivos en adolescentes,» 2011.
- [21] A. Montero y E. Gonzalez, «Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes,» *Rev Chil Obstet Ginecol*, vol. 4, nº 75, pp. 272-7, 2010.
- [22] T. Beauchamp y J. Childress, *Principios de Ética Médica*, Barcelona: Masson, 1999.
- [23] G. Bórquez, G. Raineri, C. Horwitz y O. Huepe, «The notion of decision making capacity in medical and legal practice,» *Rev Médica Chile*, vol. 9, nº 135, pp. 1153-9, 2007.
- [24] D. Gracia, «La deliberación moral: el método de la ética clínica,» 2001. [En línea]. Available: http://www.sociedadandaluzadebioetica.es/docs/El_Metodo_de_la_etica_clinica.pdf. [Último acceso: 25 Junio 2015].
- [25] C. Varela y D. Gracia, «Introducción a la bioética: origen fundamentación y método”,» de Magíster Bioética. *Facultad de Filosofía y Humanidades*, 2009.
- [26] G. Bórquez, G. Raineri y M. Bravo, «The evaluation of decision making capacity in health care and its relationship to informed consent,» *Rev Médica Chile*, vol. 10, nº 132, pp. 1243-8, 2004.
- [27] P. Hernando y M. Marijuán, «Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial,» *An Sist Sanit Nava*, vol. 3, nº 29, pp. 91-9. , 2006.
- [28] S. Bird, «Adolescents and Confidentiality,» *Australian Family Physician*, vol. 8, nº 36 , p. 655, 2007.
- [29] D. Gracia, Y. Jarabo, M. Espíldora y J. Ríos, «Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud,» *Med Clínica*, vol. 5, nº 117, pp. 179-90, 2001.
- [30] B. Dickens y R. Cook, «Adolescents and consent to treatment,» *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*, vol. 89, nº 2, pp. 179-84, 2005.
- [31] A. Diaz, W. Neal, A. Nucci, P. Ludmer, J. Bitterman y S. Edwards, «Legal and ethical issues facing adolescent health care professionals,» *Mt Sinai J Med New York*, vol. 3, nº 71, pp. 181-5, 2004.
- [32] MINSAL & UNICEF, *Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años Víctimas de Abuso Sexual*, Santiago: MINSAL & UNICEF, 2011.

- [33] MINSAL, Norma Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual, Santiago: Ministerio de Salud, 2015.
- [34] MINSAL, Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes, Santiago: MINSAL, 2011.
- [35] PAHO, Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Una guía para proveedores de primera línea., Washington: Organización Mundial de la Salud, 2005.
- [36] MINSAL, Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, Santiago: MINSAL, 2006.
- [37] Biblioteca del Congreso Nacional, «LEY-20418,» 28 Enero 2010. [En línea]. Available: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482>. 2010. [Último acceso: 28 Junio 2013].
- [38] W. Miller, S. Rollnick y A. Tejero, La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas, Santiago: Ediciones Paidós Ibérica, 1999.
- [39] J. Prochaska, C. Redding, L. Harlow, J. Rossi y W. Velicer, «The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review.,» *Health Educ Q*, vol. 4, n° 21, pp. 471-86, 1994.
- [40] A. Bandura, «Self-efficacy Toward a unifying theory of behavior change.,» *Psychological Review*, vol. 1, n° 84, pp. 191-215, 1977.
- [41] A. Bandura, «Self-efficacy: The exercise of control,» Worth Publishers, New York, 1997.
- [42] J. Bermúdez, F. Contreras, A. Margüenda y A. Pérez, «Procesos motivacionales y volitivos en el desarrollo de conducta saludable: utilidad diferencial de la implementación de la intención,» *Análisis y modificación de consulta*, vol. 30, n° 129, pp. 71-104, 2004.
- [43] M. Fishbein y I. Ajzen, Belief, attitude, intention and behavior, Massachusetts: Addison-Wesley, 1975.
- [44] I. Ajzen, From intentions to actions. Attitudes, personality and behavior., Chicago: The Dorsey Press, 1988.
- [45] J. Morales, E. Moya, J. Reboloso, C. Fernández-Dols, J. Huici, D. Marqués y J. Páez, Psicología social, Madrid: McGrawHill, 1994.
- [46] K. Underhill, D. Operario y P. Montgomery, «Systematic review of abstinence-plus HIV prevention programs in high-income countries,» *PLoS Med*, vol. 9, n° 4, p. e275, 2007.
- [47] M. Ott, R. Labbett y M. Gold, «Counseling adolescents about abstinence in the office setting,» vol. 1, n° 20, pp. 39-44, 2007.
- [48] A. Nicoletti, «The definition of abstinence,» *J Pediatr Adolesc Gynecol*, vol. 1, n° 18, pp. 57-8, 2005.
- [49] J. Santelli, M. Ott, M. Lyon, J. Rogers y D. Summers, «Abstinence-only education policies and programs: a position paper of the Society for Adolescent Medicine.,» *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Med*, vol. 1, n° 38, pp. 83-7, 2006.
- [50] M. Benavente, «Construyendo Derechos,» de *Talleres de conversación para adolescentes FLACSO*, Santiago, 2006.

- [51] M. Schuster, R. Bell y D. Kanouse, «The sexual practices of adolescent virgins: genital sexual activities of high school students who have never had vaginal intercourse.,» *Am J Public Health*, vol. 11, nº 86, pp. 1570-6, 1996.
- [52] UNFPA, «Cartilla Derechos Sexuales y Reproductivos, UNFPA Defensoría del Pueblo, Venezuela,» 2013. [En línea]. Available: http://venezuela.unfpa.org/documentos/P_C6.pdf.
- [53] Agrupación lesbica rompiendo el silencio, «Cartilla educativa, ¡Torta!, ¡no seas pastel!: ¡Atina con el auto-cuidado de tu salud sexual!,» Agrupación lesbica rompiendo el silencio, Santiago, 2015.
- [54] Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), «Salud Sexual, VIH y Otras ITS en Mujeres Lesbianas, Bisexuales y Otras Mujeres que tienen sexo con Mujeres (MSM),» Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), Madrid, 2012.
- [55] OPS & OMS, «Jovenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes,» OPS & OMS, Washington, 2008.
- [56] R. García, A. Cortés y L. Vila, «Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud.,» *Rev Cubana Med Gen Integr*, vol. 1, nº 22, 2006.
- [57] O. Tena y H. Hickman, Supuestos morales que favorecen u obstaculizan la negociación sexual y reproductiva en la soltería, *An Psicol*, 2006.
- [58] E. Roth, Competencia Social: el cambio del comportamiento individual, Ciudad de México: Trilles, 1986.
- [59] M. Flores, «Asertividad: Un Estudio Comparativo en Estudiantes de México y Cuba,» 28 Junio 2013. [En línea]. Available: http://www.psicologia-online.com/articulos/2009/01/asertividad_mexico_cuba.shtml.
- [60] S. Robles, «Entrenamiento Conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón,» vol. 1, nº 22, pp. 60-71, 2006.
- [61] M. González- Trivelli, «Adolescentes y Orientación sexual: Algunas herramientas para el pediatra. En Pediatría Diaria para el Bicentenario.,» Santiago, Vargas C. Nelson A., 2007, pp. 323-332.
- [62] P. Pedersen, A Handbook for developing Multicultural Awareness, American Counseling Association, 1998.
- [63] J. Fontaine y H. N, «Counseling issues with gay and lesbian adolescents. *Adolescence*,» vol. 31, nº 124, pp. 817-30, 1996.
- [64] Fundación Todo Mejora , 2013. [En línea]. Disponible: <http://www.todomejora.org/>. [Último acceso: 25 Junio 2015].
- [65] APA, «Commission on Psychotherapy by Psychiatrists. Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies),» *Am J Psychiatry*, vol. 10, nº 157, pp. 1719-21, 2000.
- [66] Organización Panamericana de Salud, CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud, Washington, D.C: OPS/OMS, 2003.

- [67] G. Montoya, «Aproximación bioética a las terapias reparativas. Tratamiento para el cambio de la orientación homosexual,» OPS/OMS, 2006.
- [68] D. Bontempo y A. D'Augelli, «Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior,» *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Med*, vol. 5, nº 30, pp. 364-74, 2002.
- [69] E. Berlan, H. Corliss, A. Field, E. Goodman y S. Austin, «Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study,» *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Med*, vol. 4, nº 46, pp. 366-71, 2010.
- [70] G. Sepúlveda, «Desarrollo psicológico en la edad juvenil: Construcción de la identidad personal hacia la autonomía,» *Psiquiatr Adolesc. Mediterráneo*, 2006 .
- [71] J. Homosex y R. Troiden, «The formation of homosexual identities,» *Journal of Homosexuality*, vol. 1, nº 17, pp. 43-73, 1989.
- [72] A. D'Augelli y S. Hershberger, « Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems,» *Am J Community Psychol*, vol. 4, nº 21, pp. 421-48, 1993.
- [73] G. Herdt y A. Boxer, *Children of Horizons- How Gay and Lesbian Teens are Leading a New Way out of the Closet*, Boston: Beacon Press, 1993.
- [74] C. Meyer, J. Blissett y C. Oldfield, «Sexual orientation and eating psychopathology: the role of masculinity and femininity,» *Int J Eat Disord*, vol. 3, nº 29, pp. 314-8, 2001.
- [75] C. Ryan, «LGBT youth: Health concerns, services and care,» *Clin Res Regul Aff*, vol. 2, nº 20, pp. 137-58, 2003.
- [76] MINSAL, Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género., Santiago: MINSAL, 2010.
- [77] C. Bockting, P. Spinhoven, M. Koeter, L. Wouters y A. Schene, «depression Evaluation Longitudinal Therapy Assessment Study Group. Prediction of recurrence in recurrent depression and the influence of consecutive episodes on vulnerability for depression: a 2-year prospective study,» *J Clin Psychiatry*, vol. 5, nº 67, pp. 747-55, 2006.
- [78] Organización Panamericana de Salud, «Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe,» Washinton D.C., Organización Panamericana de Salud, 2010.
- [79] T. Coker, S. Austin y M. Schuster, «The health and health care of lesbian, gay, and bisexual adolescents,» *Annu Rev Public Health*, nº 31, pp. 457-77, 2010.
- [80] L. Morrison y J. L'Heureux, «Suicide and gay/lesbian/bisexual youth: implications for clinicians,» *J Adolesc*, vol. 1, nº 24, pp. 39-49, 2001.
- [81] B. Frankowski, « Sexual Orientation and Adolescents,» *J Pediatr Off J Am Acad Pediatr*, nº 113, p. 1827, 2004.
- [82] M. Eisenberg y M. Resnick, «Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: the role of protective factors,» *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Me*, vol. 5, nº 39, pp. 662-8, 2006.

- [83] A. Brunstein-Klomek, A. Sourander y M. Gould, «The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings,» *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*, vol. 5, n° 55, pp. 282-8, 2010.
- [84] C. Ryan y D. Futterman, *Lesbian and Gay Youth: Care and Counseling*, New York: Republished by Columbia University Press, 1998.
- [85] D. Roseman y K. Klindera, *HIV/STD Prevention and Young Men Who Have Sex With Men*, Washington, DC: Advocates For Youth, 1999.
- [86] S. Mravcak, «Primary care for lesbians and bisexual women,» *Am Fam Physician*, vol. 2, n° 74, pp. 279-86, 2006.
- [87] J. Marrazzo, P. Coffey y A. Bingham, «Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women,» *Perspect Sex Reprod Health*, vol. 1, n° 37, pp. 6-12, 2005.
- [88] CDC, «El VPH y los hombres - Enfermedades de Transmisión Sexual,» CDC, [En línea]. Available: <http://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-and-men-s.htm>. [Último acceso: 2013 Julio 2013].
- [89] E. Saewyc, L. Bearinger, R. Blum y M. Resnick, «Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: does sexual orientation make a difference?,» *Fam Plann Perspect*, vol. 3, n° 31, pp. 127-31, 1993.
- [90] K. Ginsburg, R. Winn, B. Rudy, J. Crawford, H. Zhao y D. Schwarz, «How to reach sexual minority youth in the health care setting: the teens offer guidance,» *J Adolesc Heal Off Publ Soc Adolesc Med*, vol. 5, n° 31, pp. 407-16, 2001.
- [91] E. Gonzalez, V. Martinez y C. Leyton, «Orientación Sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes,» *Rev Soc Ginecol Infant Adolesc*, vol. 3, n° 11, pp. 69-78, 2004.
- [92] D. Levine, «Office-based care for gay, lesbian, bisexual, and questioning youth,» *Adolesc Med State Art Rev*, vol. 1, n° 20, pp. 223-242, 2009.
- [93] C. Ryan, S. Russell, D. Huebner, R. Diaz y J. Sanchez, «Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults,» *J Child Adolesc Psychiatr Nurs Off Publ Assoc Child Adolesc Psychiatr Nurses Inc*, vol. 4, n° 23, pp. 205-13, 2010.
- [94] Society for Adolescent Health and Medicine, «Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: a position paper of the society for adolescent health and medicine,» *J Adolesc Heal Off Publ Soc Ado*, vol. 4, n° 23, pp. 205-13, 2013.
- [95] G. Meckler, M. Elliott, D. Kanouse, K. Beals y M. Schuster, «Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth,» *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol. 12, n° 160, pp. 1248-54, 2006.
- [96] Ministerio de Salud, «Circular No21: Reitera Instrucción sobre la atención de personas Trans en la Red Asistencial,» Gobierno de Chile, 2012.
- [97] C. Güida, «The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality. United Nations Division for the Advancement of Women (DAW) ILO, UNAIDS,UNDP, Expert Group Meeting on "The role of men and boys in achieving gender equality",» Brasilia, 2003.

- [98] D. Amorín, E. Carril, C. Güida y A. López, «Estudios de Varones y Masculinidades en América Latina: prácticas emergentes y acciones transformadoras para el acceso a la salud y el bienestar,» *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad de la Ude*, 2012.
- [99] APROFA, Reducción de Riesgos de ITS y VIH/SIDA con enfoque de diversidad sexual, Santiago: APROFA, 2008.
- [100] Fundación Todo Mejora, Orientaciones Generales de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans para Profesionales de Salud Mental, Santiago: Fundación Todo Mejora, 2013.
- [101] ONU, Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, ONU, 2007.
- [102] C. García, Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia, Bogotá: Colombia Diversa, 2007.
- [103] Organización de Transexuales por la dignidad de la Diversidad, «Organización de Transexuales por la dignidad de la Diversidad,» 2005.
- [104] C. Fonseca y M. Quintero, «La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas,» *Rev Sociológica*, vol. 69, pp. 43-60, 2009.
- [105] Organización Mundial de la Salud, Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002., Ginebra: OMS , 2006.
- [106] United Nations, Report of the International Conference on Population and Development Cairo, New York: Cairo, 1994.
- [107] S. Mravcak, « Primary care for lesbians and bisexual women,» *Am Fam Physician*, vol. 2, n° 74, pp. 279-86, 2006.
- [108] CDC, «El VPH y los hombres - Enfermedades de Transmisión Sexual,» [En línea]. Disponible: <http://www.cdc.gov/std/spanish/STDFact-HPV-and-men-s.htm>. [Último acceso: 1 Julio 2013].
- [109] E. Saewyc, L. Bearinger, R. Blum y M. Resnick, «Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: does sexual orientation make a difference?,» *Fam Plann Perspect*, vol. 3, n° 31, pp. 127-31, 1993.
- [110] J. Marrazzo, P. Coffey y A. Bingham, «Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women,» *Perspect Sex Reprod Health*, vol. 1, n° 37, pp. 6-12, 2005.
- [111] Biblioteca del Congreso Nacional. « Ley 20.609 antidiscriminacion, 2012» [En línea] Disponible: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>. [Último acceso: 23 Diciembre 2015].





GABINETE MINISTERIO DE SALUD

DIVISIÓN DE ASesorÍA JURÍDICA



APRUEBA GUÍA PRÁCTICA DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES: ORIENTACIONES PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

SANTIAGO, 05 FEB. 2016

131

RESOLUCIÓN EXENTA Nº _____ /

VISTO, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política; en el numeral 14 del artículo 4 del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº2.763 de 1979 y de las leyes Nº18.933 y Nº18.469; en la ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones vinculadas a su Atención de Salud, y la Resolución Nº1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1. Que la Estrategia Nacional de Salud (ENS) para la década del 2011-2020, establece la implementación de intervenciones individuales, para la promoción y prevención en salud y sexual y salud reproductiva, apoyando la toma de decisiones informadas.
2. Que la adolescencia es una etapa de la vida que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar una vida saludable, por lo que se debe promover, con enfoque anticipatorio, el adecuado desarrollo de cada adolescente como sujeto de derechos.
3. Que la evidencia indica que la promoción y prevención de la salud en adolescentes, es más efectiva cuando se cambia la aproximación directiva tradicional y se utiliza una forma compatible con la autonomía progresiva y los derechos sexuales y reproductivos.
4. Que la asesoría y apoyo en ésta área permite reducir la inequidad, pues compensa la falta de información que afecta a varios jóvenes y sus familias, lo que está ligado generalmente a desventajas socioeconómicas y culturales.
5. Que el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud dentro de sus objetivos se ha propuesto poner a disposición de los equipos, herramientas que faciliten la relación y vinculación con los y las adolescentes que concurren a los establecimientos de salud, en un marco de Derechos.

RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE** la “Guía de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes: Orientaciones para los equipos de atención primaria”, cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 84 páginas, todas ellas visadas por el Subsecretario de Salud Pública.
2. **PUBLÍQUESE** el texto íntegro de la “Guía de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes: Orientaciones para los equipos de atención primaria”, y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última.
3. **REMÍTASE** un ejemplar de la “Guía de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes: Orientaciones para los equipos de atención primaria” a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
- Jefe de Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales
- Directores de los Servicios de Salud
- Seremis
- Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
- Jefe de Departamento de Ciclo Vital
- División Jurídica
- Oficina de Partes