

Guía de Habilidades

**para el Consentimiento
Informado y Confidencialidad
de la Información**

**en Salud Sexual y Reproductiva
de Adolescentes y Jóvenes**

**Guía de Habilidades
para el Consentimiento Informado
y Confidencialidad de la Información
en Salud Sexual y Reproductiva
de Adolescentes y Jóvenes**

Claudia Dides (Socióloga)
Alejandro Guajardo (Sociólogo)
Soledad Pérez (Psicóloga)
Lidia Casas (Abogada)

Diseño Portada y Diagramación

Jorge Undurraga C.

Impresión

Mosquito Comunicaciones

Este texto ha sido publicado gracias a la
Colaboración del Fondo de Población de
Naciones Unidas y de la Corporación de Salud
y Políticas Sociales CORSAPS Area Legislativa
y Políticas Públicas

Casilla 24, Correo 47
Santiago
Chile

INDICE

Presentación	7
Introducción	9
1. Consideraciones Generales para la aplicación del Consentimiento Informado y la Confidencialidad de la Información: Género y Bioética	13
2. Habilidades para aplicar el Consentimiento Informado y la Confidencialidad de la Información	17
2.1. Identificación de una situación conflictiva.	
2.2. Elementos a considerar en el análisis de una situación conflictiva.	
2.2.1. Definición de adolescencia.	
2.2.2. El contexto biosicosocial y actores.	
2.2.3. Comunicación entre los actores.	
2.3. Resolución de conflictos.	
2.3.1. Evaluación de riesgos.	
2.3.2. ¿Cómo tomar una decisión?	
2.3.3. Grupos de trabajo y trabajo en equipo.	
2.3.4. Habilidades Comunicacionales.	
a) Principios básicos de la comunicación.	
b) Escucha activa	
c) Observación del lenguaje corporal	
3. Consideraciones Jurídicas y Éticas de los Programas de Atención Adolescentes y Jóvenes en Salud Sexual y Reproductiva	31
3.1. Consideraciones jurídicas.	
3.2. Consideraciones éticas.	
4. Algunas Técnicas de apoyo para la aplicación del Consentimiento Informado y Confidencialidad de la Información	37
4.1. Consejería	
4.2. Intervención en crisis	
5. Situaciones más recurrentes para la utilización del Consentimiento Informado y Confidencialidad de la Información	39
Bibliografía	41

PRESENTACIÓN

Las y los adolescentes chilenas/os de hoy han nacido en una civilización que les reconoce un conjunto de derechos –definidos en nuestra legislación y en compromisos internacionales– en un país que realiza esfuerzos por hacer realidad su respeto y ejercicio. Las políticas públicas y entre ellas, las de salud, deben, por lo tanto, estar dirigidas a asegurar que vivan, toda su vida y también esta etapa, con el mayor grado de bienestar que el desarrollo de la humanidad pueda ofrecer y tengan la posibilidad de integrarse a esta sociedad.

La adolescencia, como la entendemos en estos tiempos, es una etapa creada por el desarrollo de la humanidad. Se ha prolongado que el tiempo en que las personas se preparan para la vida productiva y por lo tanto, continúan siendo dependientes económica y socialmente, cuando ya han alcanzado la madurez biológica e intelectual para tomar decisiones. Esto es especialmente complejo en el ámbito de la sexualidad.

Ser adolescente significa estar viviendo un proceso de cambios, no tan acelerado como en la infancia, pero mucho más significativo que en edades posteriores. Se comienza a ser adolescente cuando también se comienza a dejar de ser niña o niño. Y se deja de serlo cuando se comienza a asumir responsabilidades de adulta o adulto.

Por esto, el ejercicio de derechos en esta etapa es especialmente complejo. Y si los servicios de salud ofrecidos no los respetan, tampoco son aceptados, utilizados y menos valorados por las y los adolescentes.

Como parte de los derechos, la confidencialidad y la posibilidad de decidir informadamente son fundamentales.

La “Guía de Habilidades para el Consentimiento Informado y Confidencialidad de la Información en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Jóvenes”, elaborada por CORSAPS constituye un importantísimo aporte a la tarea de ampliar los conocimientos, pero sobre todo de cambiar las actitudes y comportamientos de los profesionales y técnicos de salud que atienden adolescentes.

Con toda seguridad, contribuirá al bienestar de la población de adolescentes, en un mundo como el actual, que ofrece a las y los adolescentes notables oportunidades, pero también enormes riesgos para su salud. Y no sólo las y los beneficiará a estas edades, sino en toda su vida, porque incidirá en los hábitos que serán determinantes para su salud hasta que mueran y, especialmente, en la forma en que se relacionarán –en que medida creerán y confiarán en ellas y las valorarán– con todo tipo de instituciones, servicios y organizaciones.

Dra. Carmen López Stewart
Programa de Adolescentes
Ministerio de Salud

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2001 la Corporación de Salud y Políticas Sociales, a través de su Área Legislativa y Políticas Públicas ha venido desarrollando una línea de trabajo en los temas de Consentimiento Informado y Confidencialidad de la Información desde una perspectiva de género y bioética. En este contexto ha impulsado la realización de una mesa de trabajo con destacados profesionales de la salud, ciencias sociales y bioética; así como ha elaborado publicaciones, además de sugerir indicaciones a proyectos de ley relacionados con el tema.

Durante el 2002, se elaboró un Diagnóstico sobre confidencialidad de la información y consentimiento informado en proveedores de atención primaria en salud sexual y reproductiva para jóvenes, en conjunto con el Programa de Adolescentes del Ministerio de Salud¹.

Posteriormente en el 2003, y en la idea de seguir avanzando y consolidando estos temas, surgió la

iniciativa de entregar herramientas a los profesionales de la salud sexual y reproductiva de la atención primaria para la aplicación del consentimiento informado y la confidencialidad de la información en la atención a adolescentes y jóvenes. Para ello se convocó a un taller dirigido a profesionales de la salud de dos comunas de la Región Metropolitana: Cerro Navia y Lo Prado², desarrollando una metodología de trabajo para la implementación de los mismos.

La Guía de Habilidades que presentamos a continuación es el resultado de este proceso, cuyo propósito es entregar herramientas para la resolución de conflictos, la aplicación del consentimiento informado y la confidencialidad de la información para los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de la Atención Primaria del país, a través de orientaciones básicas para el apoyo de los profesionales y los equipos de salud. Esta guía es producto del trabajo mancomunado entre los profesionales de la salud que participaron en los

¹ Dides, C. , Casas, L. , Guajardo, A. –CORSAPS; González, M.A. Programa Adolescentes. Ministerio de Salud. MINSAL. Diagnóstico sobre confidencialidad de la información y consentimiento informado en proveedores de atención primaria en salud sexual y reproductiva para jóvenes (I , VIII y Región Metropolitana- Chile) para el Fondo de Población de las Naciones Unidas, enero, 2003.

² Cerro Navia: Cuenta con una población de 170.343 hab. Según proyección INE, cifra que determina un peso demográfico comunal sobre Santiago Metropolitano de 3.31%. Presenta una densidad que alcanza a 14.828 hab./Km.2, ubicándose dentro de las comunas más densamente pobladas del Gran Santiago cuyo rango mayor de clasificación es de 13.001 hab./Km.2 y más. Tiene bajo su administración 24 establecimientos educacionales, 1 centro de atención integral de menores, 3 establecimientos de atención de salud primaria (Dr. Steeger, Dr. Albertz y Cerro Navia) y un servicio de atención primaria de urgencia. Existen 3 instituciones de beneficencia con trabajo permanente: Consultorio Dr. Schwarzenberg, dependiente de la Sociedad de Beneficencia de la Clínica Alemana; Atención integral por equipo dependiente del Hogar de Cristo en una población de la comuna y el Policlínico parroquial que entrega sólo algunas de las prestaciones de atención primaria. En: Diagnóstico Comunal Enero 2000, Corporación Municipal de Salud, Cerro Navia, Santiago.

Lo Prado: Tiene una población de 110.933 habitantes según CENSO de 1992, con una densidad de 17.334 habitantes/ kms 2. La población estimada para el 2005 por el INE es de 119.832 hab. Cuenta con tres establecimientos de atención primaria de salud, los que fueron traspasados al municipio en el año 1988: Consultorio Santa Anita, Dr. Carlos Avendaño y Dr. Raúl Yazigi, dependen administrativamente de la Corporación Municipal de Lo Prado. También el sistema de salud local incluye un servicio de atención primaria de urgencia, un centro de salud mental familiar y un laboratorio básico.

Talleres y el equipo de profesionales de CORSAPS.

El concepto que hemos utilizado en estos talleres sobre salud sexual y reproductiva es el que ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) "como la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos/as y no solamente en ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso. Según la OMS, la salud sexual se refiere al completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor"³.

El concepto de salud sexual y reproductiva ha sido una preocupación, foco de debate y consenso en las Conferencias de El Cairo y Beijing⁴; y se ha ido introduciendo paulatinamente en los últimos años en programas nacionales. Este concepto se centra básicamente en las personas, en la perspectiva de género y en los derechos en estos ámbitos. A esto se suma un enfoque integral de la salud que requiere tanto de un trabajo interdisciplinario entre los profesionales de la salud, así como educadores, científicos sociales y la propia comunidad. Especial relevancia tiene este enfoque para el caso de adolescentes y jóvenes.

La salud sexual y reproductiva abarca un ámbito más amplio que la biología y la medicina, se refieren a necesidades humanas y derechos tales como la libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida. Se relaciona a su vez con los derechos sexuales y reproductivos como parte de los Derechos Humanos, es decir, el bienestar en plano sexual y reproductivo que se obtiene cuando las personas ejercen y exigen sus derechos.

Cabe señalar, que en un análisis comparativo realizado entre los Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes en Buenos Aires, México y San Pablo, se descubrió que uno de los principales obstáculos para la implementación y/o fortalecimiento de los programas y servicios para este grupo etario, ha sido la presión de la Iglesia Católica contra el control de la natalidad y la educación sexual fuera de la familia⁵.

Chile no ha estado ausente de este tipo de presiones. No obstante, el gobierno ha tomado los temas como parte de las políticas públicas que se están implementando, sin embargo, aún existen déficit en estas materias.

La importancia de los Programas de Salud para Adolescentes y Jóvenes es incuestionable en el contexto de las problemáticas actuales en materias de sexualidad y reproducción. Las intervenciones que hace el Estado u otras instituciones en el plano de la sexualidad humana se han convertido en un elemento decisivo para la constitución de la misma. Así también, vale recordar que los recursos humanos constituyen un elemento fundamental para la provisión de servicios de calidad en salud sexual y reproductiva, es por ello que creemos contribuir, mediante esta guía, en los procesos de formación y educación en este campo.

La salud sexual y reproductiva es un concepto que reconoce también la libertad de los seres humanos, fortaleciendo los principios básicos de convivencia como el respeto por el otro y la equidad, construyendo una ética para una sociedad comprometida y responsable. En las relaciones que se establecen en la vida cotidiana a las personas les surgen constantemente problemas de orden ético. Se trata de problemas prácticos, en las relaciones que se mantienen entre las personas. Lo importante es considerar

³ Shiappacasse, V.; Vidal, P.; Casas, L.; Dides, C.; Diaz, S. Diagnóstico de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. ICIMER-CORSAPS, Santiago 2003. Sin publicar.

⁴ Gogna, Mónica. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, Argentina 2001.

⁵ Idem.

que las consecuencias de las decisiones pueden no sólo afectar a un sola persona, sino también, por ejemplo se trata de acciones y decisiones que afectan a grupos sociales, comunidades o a un país⁶.

En este contexto nos interesa introducir conceptos que ayudan a desarrollar habilidades para mejorar las prácticas de atención en salud sexual y reproductiva: *el consentimiento informado y la confidencialidad de la información*. Ambas prácticas colaboran con una mejor atención en salud y establecen un mejoramiento en la relación entre los profesionales de la salud y adolescentes y jóvenes, favoreciendo tanto la equidad como la calidad de atención.

Finalmente, quisiéramos agradecer en especial a los distintos Consultorios de la Comuna de Cerro Navia: Dr. Albertz y Steeger. De la Comuna de Lo Prado a los Consultorio Yazigi, Santa Anita y Carlos Avendaño por su colaboración. En particular a los siguientes profesionales de la salud quienes participaron activamente en los talleres y

cooperaron con sus ideas para la realización de esta Guía: Patricia Amaro, David Castro, Juan Catalán, Marcela Cerda, Cecilia Fuenzalida, Isabel González, Mireya Lee, Paola Mayorga, Lilian Moraga, Lilianette Nagel, Rodrigo Quintana, Carla Pérez, Lucía Pinilla, Lissette Pino, Margarita Reyes. Y al Sr. Carlos Delgado Director del Consultorio Carlos Avendaño de Cerro Navia, por facilitarnos el espacio y confiar en esta iniciativa.

También queremos agradecer el apoyo del Programa de Adolescentes del Ministerio de Salud como una forma de aportar a la consolidación de temáticas en pro de los derechos sexuales y reproductivos para los y las adolescentes y jóvenes que se manifiesten en un mejoramiento de la calidad de vida y la equidad.

Este resultado no hubiese sido posible sin la valiosa colaboración del Fondo de Población de las Naciones Unidas quienes apoyaron esta iniciativa.

Por último, agradecemos el apoyo secretarial de Sylvia Gutiérrez de CORSAPS.

Claudia Dides. Coordinadora
Alejandro Guajardo, Soledad Pérez,
Lidia Casas.
Santiago, primavera 2003

⁶ Dides, C. "Ética en la atención de adolescente". Ponencia presentada en las VII Jornada Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Reproducción humana, sexualidad y derechos. Sesión: Estrategia de atención en adolescente. ICMER, 23 de noviembre 2001, Santiago, Chile.

1. Consideraciones Generales para la Aplicación del Consentimiento Informado y la Confidencialidad de la Información: Género y Bioética.

Las consideraciones generales que presentamos a continuación se relacionan básicamente con dos perspectivas centrales que a nuestro juicio deben orientar la práctica de consentimiento informado y la confidencialidad de la información para adolescentes y jóvenes: las perspectivas de género y la bioética.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido como género "la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual".^{7,8}

La perspectiva de género nos permite comprender las prácticas asociadas a la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres. Estas prácticas se ven influenciadas por determinados modelos de mujer y hombre, por creencias y valores respecto de la sexualidad, las expectativas culturales respecto a las funciones y responsabilidades sociales de cada uno, los mitos y/o estereotipos en torno al amor, la pareja, la maternidad, la paternidad, entre otros.

Nuestra cultura promueve modelos tradicionales de mujer y de hombre, aunque algunos se han ido cambiando producto de los transformaciones socioculturales en las últimas décadas y los

procesos de globalización. Se ha modificado la forma de relacionarse entre las personas, la forma de pensar, las relaciones de género, en la sexualidad y la reproducción. Es decir, en la manera en cómo se vive, cómo se habla de sexualidad y de reproducción, como se relacionan hombres y mujeres. Sin embargo, esto no excluye la existencia de relaciones jerárquicas.

Aunque ha existido un avance en torno al conocimiento sobre sexualidad y por ende se han llevado a cabo múltiples acciones de difusión y entrega de información, prevalece una desinformación, persistiendo valores y creencias de otras épocas históricas.

Los modelos tradicionales de mujer y hombre se adquieren en la construcción de la identidad de género que es el resultado de la socialización, proceso que comienza desde el nacimiento a partir de la diferencia anatómica, la cual nos inscribe en la categoría de mujer o hombre. Las sociedades y culturas dan múltiples significados sociales a los diferentes sexos, sea a través de símbolos y actitudes que van desde los colores de la ropa hasta como comportarse. Este proceso de socialización es vivido por todas las personas independiente de la clase social, nivel socioeconómico, profesión, edad, etnia. Este proceso de construcción de identidad genérica se

⁷ Ministerio de Salud de Chile. Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile. Santiago, Diciembre 2000.

⁸ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género. PAHO/HDW/96-005. Washington DC, Abril 1995.

prolonga por toda la vida, desembocando en la aceptación -natural- de los roles sociales.

Un concepto central de la perspectiva de género es lo que se denomina el sistema sexo-género. Se entiende por este sistema el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica que determinan las relaciones sociales y de poder en tanto personas sexuadas.⁹

La sexualidad de cada persona emerge y existe en un contexto cultural y es influenciada por una serie de variables: psíquicas, económicas, la diferencia sexual, el género. No hay una única sexualidad, así como tampoco hay una sola práctica sexual. Se relaciona con las emociones, deseos y relaciones. La sexualidad no se remite solamente a una interacción física ni a la reproducción de la especie, sino que además produce placer, favorece la comunicación de emociones, mejora el aprecio y las relaciones entre las personas y consigo mismo/a.¹⁰

Por tanto, como plantea J. Weeks la sexualidad es una construcción social que se relaciona con las maneras múltiples e intrincadas en que nuestras emociones, deseos y relaciones son configuradas por la sociedad en que vivimos.¹¹ Se establecen normas y reglas para las relaciones de parejas, limitando a quién podemos aceptar como tal. Además, existen normas que tienen que ver con los orificios que se pueden penetrar, el modo de relación sexual y de coito: qué podemos tocar, cuándo podemos tocar, con qué frecuencia, y así sucesivamente.¹²

La sexualidad se configura mediante la unión de dos ejes esenciales: nuestra subjetividad, o sea quiénes y qué somos, y la sociedad, o sea el crecimiento, el bienestar, la salud y la prosperidad

futuras de la población en conjunto. Las dos están íntimamente relacionadas, porque en el centro de ambas se hallan el cuerpo y sus potencialidades. El cuerpo es biológico, social y cultural, erógeno, es salud y enfermedad, afectividad, lenguaje, placer, sufrimiento, goce, es niña, niño, mujer, hombre, adulto, adulta.

La pregunta que surge aquí es cómo incorporar la perspectiva de género y la sexualidad en el trabajo de salud sexual y reproductiva con adolescentes y jóvenes. Este es un desafío permanente para los equipos de salud, que deben proveer educación y asesoramiento a los y las adolescentes y jóvenes considerando las relaciones de género y la existencia de desigualdades sociales y culturales entre hombres y mujeres. Estas desigualdades muchas veces se expresan en la subvaloración de los y las adolescentes y jóvenes, por ejemplo en la culpabilización de las adolescentes por su sexualidad, en una desconfianza respecto a su capacidad para tomar decisiones, entre otras¹³.

Incorporar la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva implica reconocer y respetar las diferencias, negociar espacios de libertad, asumir responsabilidades y resolver conflictos de manera colectiva. También tiene relación en como se diseñen los programas de salud y se entregan los servicios de salud y educación en materias relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

En general, el proceso de atención en salud sexual y reproductiva reproduce el sistema de desigualdad genérica y relaciones de poder que se observan también en otros ámbitos de la sociedad. Algunos ejemplos de estas desigualdades son la infantilización de adolescentes y jóvenes, utilización de un lenguaje sexista en las prácticas y materiales educativos; cuando no se entrega la información necesaria

⁹ De Barbieri, T. Género y derechos reproductivos. Fundación Carlos Chaga, Sao Paulo, Brasil, 1994.

¹⁰ Weeks, J. Sexualidad. Paidós. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México, 1988.

¹¹ Idem.

¹² Id. pp. 31.

¹³ Ver: Careaga, G. Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva. Comité Promotor por una maternidad sin riesgo en México. 1996. Ver: Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. «Calidad de Atención de los Servicios de salud reproductiva», Santiago, 1996.

para que las y los adolescentes tomen sus propias decisiones, y por tanto no se reconoce su protagonismo en su proceso de salud. Otro ejemplo de ello, es el no considerar que cualquier decisión, opinión y prácticas afectan de manera diferente a adolescentes hombres y adolescentes mujeres.

Una atención de buena calidad para adolescentes y jóvenes, que involucre la mirada de género y la noción de integralidad, debería considerar los siguientes aspectos: su historia, subjetividad, necesidades, relaciones familiares, conocimientos, entre otros. El propósito es mejorar su autoestima, lograr que ejerzan sus derechos, su autonomía, autocuidado, y promover la responsabilidad reproductiva de hombres y mujeres.

Los cambios en la calidad de atención suponen identificar aquello que retroalimenta la desigualdad de género. Permitiendo introducir nuevas prácticas que, promuevan la información, la participación y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres.

La segunda perspectiva que nos interesa integrar, es la Bioética. Ésta la vamos a entender como una nueva capacidad de reflexión y práctica para acoger e interpretar la enfermedad y la salud; así como las distintas estrategias sociales y terapéuticas que han sido diseñadas en el ámbito de la salud. La bioética se ha venido desarrollando a través de espacios de discusión crítica, permitiendo evaluar estrategias, develando su coherencia interna y la funcionalidad e intencionalidad de los discursos y prácticas en la salud. Las reflexiones y toma de decisiones han tendido a desarrollarse en el marco de la justicia social y el acceso a la salud como un derecho de los ciudadanos.

Es desde la bioética donde nace el consentimiento informado que ha permitido mostrar que *consentir es una toma de posición ante algo que se escoge y no la aceptación de una práctica de manera obligada o coaccionada, por no existir otras opciones*. Se plantea como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-usuario/a, donde el usuario/a acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas¹⁴. El consentimiento se concretiza a través de un formulario escrito que representa el soporte documental que verifica que la persona ha recibido y entendido la información facilitada por el médico u otro profesional de la salud.

En relación a la confidencialidad de la información es posible constatar que la cruzan dos elementos esenciales. Por un lado, el secreto profesional o la confidencialidad de la información y por otro, brindar atención integral en salud a adolescentes y jóvenes que no cumplen mayoría de edad.

Según Zorrilla, la confidencialidad se legitima a lo largo de la historia a través de tres vías. La primera de ellas, une a la confidencialidad a las características de la atención en salud, es decir, se establece una relación entre médico-usuario, que a través de preguntas y respuestas busca establecer un diagnóstico adecuado a sus dolencias¹⁵.

La segunda vía, se relaciona con la construcción de derechos, que hace suya la reivindicación de la confidencialidad. Es decir, las personas pueden exigir y apropiarse de toda la información y conocimientos respecto a su proceso de salud/enfermedad. Este punto es relevante dado que la información sobre el estado de salud de las

¹⁴ El Consentimiento Informado. Guía práctica. Servicio de Asistencia Sanitaria. Departamento de Salud. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 1997. En: Dides, C. "El proceso de Consentimiento informado en el marco de los derechos sexuales y reproductivos". Casas, L.; Dides, C.; Isla, P. Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y Reproductiva. CORSAPS, Santiago, 2002.

¹⁵ Zorrilla, S. Confidencialidad, Autonomía y Derechos de las personas: Reflexiones en torno al artículo 17 del Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos". En: Casas, L. Dides, C. Isla, P. Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva. CORSAPS, Santiago, 2002, pp.79

personas puede ser utilizado con otros objetivos e intereses.

La última vía es garantizar la autonomía del sujeto, para la toma de decisiones respecto a su salud/enfermedad¹⁶.

En este marco es imprescindible para la atención a adolescentes y jóvenes la práctica de la confidencialidad de la información. La información que entregue él o la adolescente y joven debe entenderse en el marco de un compromiso por parte de los profesionales de la salud, de que no será tratada con terceros, salvo ante una situación de riesgo.

La *confidencialidad de la información, se liga al secreto profesional*, que recae en este caso sobre quienes ejercen la profesión médica o profesiones relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud de las personas. En general, esta regulado por un código de ética específico, tanto para los médicos como otras profesiones afines, tales como la matronería u obstetricia.

Según Casas, "la vida de las personas en relación con su estado de salud constituye un espacio en el cual los individuos se encuentran más vulnerables a intromisiones o abusos. En algún sentido, el profesional de la salud se constituye en una especie de confesor, y la persona debe, por una cuestión de necesidad imperiosa, entregar información sobre su vida privada con el objeto que el profesional de la salud pueda desempeñar de una manera más apropiada la tarea encomendada¹⁷.

Tanto la confidencialidad de la información como el consentimiento informado en salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes son prácticas que necesitan ser implementadas con mayor rigurosidad en los diferentes Programas de Salud Sexual y Reproductiva del país.

¹⁶ Idem, pp.80

¹⁷ Casas, L.; Isla, P. "Confidencialidad de la información médica: análisis jurídico de la situación en Chile. En: Casas, L.; Dides, C., Isla, P. Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva. CORSAPS, Santiago, 2002.

2. Habilidades para Aplicar el Consentimiento Informado y la Confidencialidad de la Información.

A continuación presentamos algunos elementos para el desarrollo de habilidades que consideramos necesarias para la aplicación tanto de la confidencialidad de la información como del consentimiento informado. Estos elementos fueron consensuados con los profesionales de la salud que participaron en los talleres. Sin lugar a duda, en la medida en que cada profesional de la salud los utilice, podrá incorporar otros elementos para el desarrollo de habilidades.

Los elementos que se entregan a continuación son: identificación de una situación conflictiva; elementos para el análisis de una situación conflictiva; y resolución de conflictos.

2.1. Identificación de una situación conflictiva

La existencia de conflictos es parte del funcionamiento social, el conflicto es un fenómeno recurrente en el ámbito organizacional¹⁸. El proceso de crecer, desarrollarse y diferenciarse de los demás, cumpliendo metas propias, siempre estará enmarcado por las limitaciones de un universo con recursos limitados y demandas crecientes.

El conflicto¹⁹ se define como una percepción de desequilibrio o discrepancia entre las demandas y la disponibilidad de los recursos; una

incompatibilidad entre conductas, percepciones, objetivos y/o afectos entre individuos y grupos, entre las personas y su medio. Pueden existir diversas expresiones de este desequilibrio que muchas veces es interno por ejemplo, entre lo que quiero y lo que debo, llegando a tener muchas veces expresiones emocionales bastante intensas y violentas en algunos casos.

Algunas características que Suárez²⁰ nos propone para identificar cuando hay un conflicto son las siguientes: es un proceso interaccional, que como tal nace, crece, se desarrolla y puede a veces transformarse, desaparecer y/o disolverse, y en ocasiones permanecer estacionario; se construye recíprocamente entre dos o más personas, grupos grandes o pequeños, en cualquier combinación.

La definición de conflicto incorpora como elementos básicos conductas y afectos. Esto genera estilos personales y habituales de enfrentar los conflictos que a su vez originan respuestas para resolverlos, que en algunos casos pueden ser agresivas.

La forma más utilizada para resolver los conflictos es la violencia. Existe una cultura social agresiva que se nutre y reproduce a través de conductas individuales, los medios de comunicación, la educación, las familias, los cuales muchas veces refuerzan y justifican esta forma de resolución de conflictos.

¹⁸ Ahumada Figueroa, L. Revista Escuela de Psicología. Facultad de Filosofía y Educación, vol. 1 Universidad Católica de Valparaíso, 2002.

¹⁹ Suárez, M. Mediación, Conducción de Disputas, Comunicación y Técnicas. México, 1996.

²⁰ Idem.

2.2. Elementos a Considerar en el Análisis de una Situación Conflictiva

Para lograr identificar una situación de conflicto, debe existir una mirada global que considere los siguientes aspectos:

- ◆ étnicos,
- ◆ de género,
- ◆ socioeconómicos,
- ◆ familiares,
- ◆ geográficos,
- ◆ nivel educacional,
- ◆ religiosos,
- ◆ y de salud mental.

Asimismo, cada situación debe ser tratada como una historia particular, ningún aspecto debe ser analizado en forma aislada. La información debe estar hilada y fundada sobre datos verificables, sin especulación o prejuicios.

Se debe utilizar la información de fichas clínicas y sociales, como por ejemplo, la ficha CLAP/OPS o fichas creadas por los propios programas. También, es posible utilizar la información entregada por informantes claves ya sean padres, madres, tutores, profesores/as.

Para el análisis de una situación conflictiva consideramos necesario tomar en cuenta los siguientes elementos: definición de adolescencia; contexto biosicosocial y actores involucrados; y la importancia de la comunicación entre los diferentes actores.

La adolescencia en un primer momento fue considerada como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez. Durante el siglo XX, se considera como un grupo importante debido al porcentaje de la población existente a nivel mundial. Cabe señalar, que actualmente según el FNUAP 2001, existen a nivel mundial más de 1000 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad, la mayoría de ellos en países de desarrollo²¹. "La adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, síquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad"²². Desde el punto de vista demográfico se ha utilizado la división tradicional de los grupos etarios en quinquenios para poder identificar los grupos que faciliten la investigación epidemiológica y que permitan comparación con otros grupos similares.

Según la definición de la OMS, adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y los 20 años, en la cual se completa la maduración sexual, la independencia psicológica y se transita desde una dependencia económica a una independencia a lo menos relativa.

²¹ FNUAP. Las futuras generaciones preparadas para el mundo. Contribución del FNUAP a las metas de la cumbre Mundial a favor de la Infancia. New York, 2001. Pp. 14

²² Luengo, X. "Características de la Adolescencia Normal". Capítulo 2. En: Molina, R.; Sandoval, J.; González, E. Salud y Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Editorial Mediterráneo, Santiago, 2003. pp. 16.

El período de la adolescencia es dividido en varias etapas²⁵:

Adolescencia temprana	Transcurre entre los 10 y 13 años, en el cual se producen importantes cambios biológicos y físicos. Tanto en niñas como en niños se desarrolla la capacidad reproductiva.
Adolescencia media	Abarca entre los 14 y 16 años. Se produce un distanciamiento afectivo de la familia y un acercamiento al grupo de pares. Se caracteriza por una omnipotencia lo cual puede presentar conductas de riesgo.
Adolescencia tardía	Comprende entre los 17 y 19 años. Se concretan los cambios físicos, psicológicos y sociales y se consolida la identidad del yo, aceptación de su propia imagen corporal, disminución de la importancia del grupo de pares, retorno a la cercanía emocional con sus padres, prioridad para las relaciones íntimas.

Según Luengo²⁴, los adolescentes se diferenciarían entre sí por varios factores entre ellos se destaca la diferencia sexo/genérica, es decir, los ritmos de crecimiento tanto de mujeres como de hombres son diferentes y se dan en distintas edades. Existen diferencias culturales y sociales en la crianza de niños y niñas; a lo que se suma, el problema de alcohol y drogas que es mayor en los adolescentes varones. En el caso de las adolescentes el problema mayor se presenta en la deserción escolar por embarazo. La ubicación urbano/rural y el estrato social son factores que influyen creando diferencias educacionales, sociales y económicas, las cuales condicionan los comportamientos de los y las adolescentes. Las diferencias étnicas es otro factor, que debe ser considerado, ya que da cuenta de particularidades que tienen relación con identidades específicas.

La adolescencia es una etapa donde se producen diversos cambios, por lo tanto para muchas personas es visualizado como un período de crisis en distintos planos: físicos, psicológicos, espirituales y sociales. La búsqueda de la identidad y el sentido de la vida se convierten en las temáticas de mayor significación. El llegar a saber quién es uno mismo, cuáles son sus creencias y sus valores, qué es lo que se quiere realizar en la vida y obtener de ella.

2.2.2. Contexto Biosicosocial y Actores

Entenderemos por contexto biosicosocial *tanto las situaciones como los aspectos en que están insertos los y las adolescentes, jóvenes y profesionales de la salud*. Es posible considerar como elementos contextuales:

- ◆ el lugar donde vive él o la adolescente, joven.
- ◆ el lugar donde está situado el Consultorio.
- ◆ los diferentes tipos de familias.
- ◆ la situación socioeconómica.
- ◆ si se identifica o pertenece a alguna etnia.
- ◆ si profesa algún tipo de religión.
- ◆ si ha recibido información y educación en los temas de sexualidad y reproducción.
- ◆ nivel educacional.
- ◆ aspectos de salud mental.

Estos elementos contextuales influyen directamente en la identificación de una situación como conflictiva, en la evaluación de los riesgos, en la toma de decisiones y en la diversidad de actores que intervienen en dicha situación.

Una vez conocida la situación conflictiva esto permitirá identificar los casos en que se requiera

²³ Ver: Gobierno de Chile. Minsal, Mineduc, Sernam. Diagnóstico y lineamientos de Política Pública para la prevención del embarazo no deseado en Adolescente. Santiago, abril 2001. pp. 146

Ver: Luengo, X. "Características de la Adolescencia Normal". Capítulo 2. En: Molina, R.; Sandoval, J.; González, E. Salud y Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Editorial Mediterráneo, Santiago, 2003. pp. 21.

²⁴ Luengo, pp. 17, 18.

una intervención jurídica, por ejemplo: denuncias por abuso sexual, violación; derivación a otros profesionales (sicólogos, asistente social, nutricionista, entre otros); además de otros recursos de acuerdo a las necesidades evaluadas como la derivación hospitalaria.

Para identificar las situaciones conflictivas se pueden utilizar algunas de las siguientes preguntas:

- ◆ ¿En qué te puedo ayudar?
- ◆ ¿Por qué vienes?
- ◆ ¿Cómo te sientes?
- ◆ ¿Dónde vives? (casa, barrio, ciudad, país); ¿Con quién vives?
- ◆ ¿Cómo es la relación que tienes con los miembros de tu familia, padre, madre, hermanos, abuelos, tíos, etc.?
- ◆ ¿Haz tenido relaciones sexuales?
- ◆ ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
- ◆ ¿Tienes pareja?
- ◆ ¿Cómo es tu relación de pareja en la actualidad?
- ◆ ¿Cómo es la relación que mantienes con tus amigos? ¿Y en la escuela?

Todas las personas somos actores sociales, ya que pertenecemos a un determinado sector social, tenemos determinados roles y funciones; los cuales están influenciados por nuestra identidad de género, etnia, edad, clase, creencias, nivel educacional, situación socioeconómica. Por ejemplo, en la actualidad una joven puede tener el rol de hija y al mismo tiempo ser madre adolescente, que trabaja y estudia.

El rol que desempeña una persona es también un conjunto de funciones que se relacionan con derechos y obligaciones que tenemos en nuestro grupo social.

En una primera evaluación de la situación se debe considerar a las personas y las influencias que

rodean a los y las adolescentes y jóvenes para contextualizar las necesidades y las posibles causas del o los problemas que los llevaron a solicitar atención al Consultorio. Además, es necesario tomar en cuenta el nivel sociocultural, la capacidad intelectual y afectiva de los y las adolescentes y jóvenes considerando también los valores y creencias tanto familiares como personales.

Los profesionales de la salud sexual y reproductiva, pertenecen a distintos grupos sociales donde han aprendido ciertas normas, valores, creencias que condicionan e intervienen en su accionar actual. De lo que se trata es que los profesionales de la salud sean capaces de tomar conciencia respecto a su propio proceso de socialización, darse cuenta de sus propias capacidades, habilidades, recursos y emociones. Esto favorece una mejor comunicación y entendimiento con los y las adolescentes y jóvenes.

Si un profesional de la salud tiene objeción de conciencia respecto a las prácticas en el campo de la salud sexual y reproductiva, debe derivar la atención a otro profesional. Por ejemplo, en el caso de que una adolescente solicite métodos anticonceptivos y no tenga ninguna contraindicación médica, y el profesional de la salud no quiere entregárselo por cuestiones religiosas.

2.2.3. Comunicación entre los Actores

Una de las variables que influye directamente en la identificación de la situación conflictiva es la relación que mantiene el/la adolescente y joven con otras personas, tales como: padres y madres, profesores/as, amigos/as, profesionales de la salud que atienden a adolescentes, jóvenes y tutores.

La relación que se establece entre las personas presenta una estructura o armazón básico y ciertas cualidades²⁵. Por ejemplo, en el caso de las

²⁵ Rogers C.; Kinget M. Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y Práctica de la terapia no directiva. Hombres, Hechos e Ideas. Editorial Alfaguara, España 1971.

relaciones entre padres/madres e hijos/as, éstas pueden estar acompañadas por sentimientos positivos o negativos (cualidades de la relación) sin que la estructura de la relación se vea afectada, es decir, siempre serán padres e hijos, independiente del tipo de relación que establezcan.

En el caso de los profesionales de la salud y las y los adolescentes y jóvenes, la estructura de la relación tiene un objeto, finalidad y roles de las partes implicadas. El/la adolescente recurre a la atención del profesional por una razón, y es en este contexto en que la relación pueden ser jerárquicas, igualitarias, autoritarias, estables, variables, intermitentes, etc. Además, de presentar ciertas cualidades de las cuales depende

la continuidad de esta relación, de sí estas cualidades son percibidas como positivas o negativas. En otras palabras, el establecimiento de una relación grata, afectiva y efectiva tanto para un/a adolescente y joven como para el profesional de la salud va a permitir que la relación se conserve en el tiempo, ya que esto es lo que mantiene la relación.

De allí la necesidad de crear un *ambiente apropiado* con el fin de establecer relaciones de confianza y empatía con las y los adolescentes y jóvenes que se han visto afectados por una situación de conflicto. La relación que se mantiene con los otros/as da cuenta de nuestra forma de comunicar.

Entenderemos por comunicación al "proceso que permite la interacción entre las personas para lograr distintos propósitos, a través de un lenguaje común"²⁶ no es sólo un aspecto a considerar en los y las adolescentes y jóvenes sino que también es de extrema relevancia en la labor de los y las profesionales de la salud.

La comunicación es un fenómeno natural, cotidiano e inherente a las personas que contiene dos planos:

- ◆ **Plano intrapersonal**, es decir, tiene relación con la capacidad de tomar conciencia de las propias necesidades y emociones de las personas.
- ◆ **Plano interpersonal** que da cuenta de la relación con otros, ya sean personas, animales, naturaleza. Este plano se constituye a partir de "lo social" es decir, las relaciones con la familia, amigos/as, profesores/as, comunidad y sociedad, y da cuenta de un intercambio de información, sentimientos y emociones.

Las necesidades de información de las y los adolescentes y jóvenes requiere de un buen nivel de comunicación interpersonal entre los profesionales de la salud y los jóvenes.²⁷

Es importante señalar que tanto en la prevención de riesgos, como en la promoción de derechos y en la calidad de la vida sexual de las y los adolescentes y jóvenes, se utiliza una lógica conversacional. En la *conversación* se realiza una sucesión de estados de habla y de escucha, esto

conlleva la posibilidad de reflexionar entorno a los problemas. El hablar y escuchar entre unos y otros, da la posibilidad de reflexionar, respecto a lo que hacemos y pensamos. Es así como la conversación se transforma en un medio y un fin que favorece la relación entre los profesionales de la salud y las y los adolescentes y jóvenes en la toma de decisiones.

²⁶ Pathfinder international, Focus on Young Adults. Ministerio de Salud. Perú. Manual de Capacitación para Facilitadores "Mejorando Habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva". 1998. pp 236.

²⁷ Idem.

2.3. Resolución de Conflictos

Para resolver un conflicto es necesario que los profesionales de salud que trabajan con

adolescentes y jóvenes consideren los elementos anteriormente mencionados, además de algunos indicadores que deben tomar en cuenta al momento de tomar decisiones²⁸:

Indicadores para resolver conflictos	
◆	Definir adecuadamente el conflicto identificando todos sus componentes e integrando en dicha definición toda la información necesaria para resolverlo.
◆	Establecer cuáles son las necesidades del adolescente y joven que tengan relación directa con el conflicto y ordenarlas según su importancia.
◆	Diseñar las posibles soluciones al conflicto y valorar cada una de ellas teniendo en cuenta las consecuencias -positivas y negativas- que pueden tener para las distintas personas implicadas en la situación.
◆	Hacer un listado de las probables consecuencias , de acuerdo a las posibles soluciones, para los distintos actores que intervienen en el conflicto: adolescentes, padres, madres, profesionales de la salud, etc.
◆	Mantener una reflexión de equipo que permita apoyar la resolución de conflictos considerando la definición de algunos conceptos como: <ul style="list-style-type: none">● Características de los y las adolescentes en su contexto,● Evaluar riesgos en su comuna,● Qué es estar sano y enfermo en su realidad.● Significa revisar los mensajes internalizados, los estereotipos ideales y los recursos locales de las instituciones y de las personas.

2.3.1. Evaluación de Riesgos

La experiencia de la sexualidad involucra ámbitos de expresión diversos y complejos, de allí que las y los adolescentes y jóvenes tomen variadas decisiones. La esfera de la sexualidad introduce diversos escenarios de riesgo frente a los cuales las y los adolescentes y jóvenes resuelven de acuerdo a determinadas concepciones sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, los significados y los ordenamientos culturales que articulan la expresión de sus vivencias sexuales²⁹.

Ha surgido un nuevo enfoque que da cuenta de una concepción de riesgo desde una perspectiva del «construccionismo social». La construcción social del riesgo intenta una articulación de los contextos culturales y la subjetividad. Según Pollak³⁰, las actitudes y valores hacia el riesgo están profundamente inmersas en un sistema de creencias, valores e ideales que constituyen una cultura o una subcultura, las cuales determinarán el énfasis en ciertos riesgos y minimizarán otros.

²⁸ Zurilla T. Terapia de resolución de conflictos. Competencia social; un nuevo enfoque en la intervención clínica. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer España, 1993.

²⁹ Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y El Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. Informe técnico, Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y El Caribe. Consultora: Irma Palma, colaboración de: Humberto Abarca, Claudia Moreno. Enero 2002.

³⁰ Pollak (1992) En: Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y El Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. Informe técnico, Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y El Caribe. Consultora: Irma Palma, colaboración de: Humberto abarca, Claudia Moreno. Enero 2002.

A su vez, según Douglas y Wildawsky³¹ la noción de riesgo no se basa en evidencia empírica ni en razones prácticas, sino que está construida culturalmente de modo que, en cada contexto social, se destaquen unos riesgos y se ignoren otros. Existe así una cultura del riesgo asociada a la posición social de los actores haciendo que los peligros sean siempre identificados como tales, comunicados y gestionados a través de un filtro cultural.

Desde esta perspectiva, no existe un punto de vista privilegiado para identificar y valorar los riesgos. Los y las adolescentes y jóvenes tomarían decisiones sobre la base de su evaluación de riesgos, tendiendo a maximizar sus ganancias y/o minimizar sus pérdidas. Los peligros

no son datos absolutos para elaborar una selección racional de los riesgos: existe una selección y una construcción social a través de los cuales éstos son moralizados y politizados³². De ahí las dificultades de los y las adolescentes y jóvenes para tomar decisiones ya que involucra muchas veces una sanción social o moral.

Es por eso que es necesario que en situaciones de conflicto se evalúen los riesgos tanto para él/la adolescente y joven como para el profesional de salud en el momento de tomar una decisión. Las y los adolescentes y jóvenes necesitan recibir apoyo profesional mediante la entrega de información técnica, consejería y servicios lo cual facilite su toma de decisiones³³.

³¹ Douglas y Wildawsky (1992) En: Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y El Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. Informe técnico, Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y El Caribe. Consultora: Irma Palma, colaboración de: Humberto Abarca, Claudia Moreno. Enero 2002.

³² Idem.

³³ Op cit. Pathfinder International Focus on Young Adults. Ministerio de Salud. Perú, 1998.

2.3.2. ¿Cómo Tomar una Decisión?

El proceso mediante el cual las personas tratan de identificar y/o descubrir soluciones o respuestas a un problema, es el proceso de toma de decisiones.

Éste incluye la evaluación de las posibles alternativas para intervenir, considerando el logro del mayor beneficio y el menor costo. Además, considera aspectos cognitivos, contextuales y emocionales.

A continuación presentamos algunos supuestos que deben tomarse en cuenta al momento de tomar una decisión³⁴:

No existe la neutralidad	Somos mujeres y hombres que vivimos experiencias dentro de una sociedad, con opiniones, valoraciones y creencias. Por lo tanto, las situaciones que plantean adolescente y jóvenes gatillan emociones, recuerdos y valoraciones que influyen en la práctica profesional.
Existen diferencias de poder	En la atención en salud a adolescente y jóvenes existen relaciones de poder, diferencias sociales y culturales entre profesionales de la salud y adolescentes y jóvenes. Los profesionales de la salud se encuentran en una situación de poder para tomar decisiones. Por tanto, es muy relevante lo que se les dice a las y los adolescentes y jóvenes, <i>el lenguaje tiene un significado mayor, ya que es poder</i> . Por lo mismo se trata de no reproducir un espacio de desigualdad jerárquica violenta, sino más bien crear un espacio de invitación a participar de la propia salud y de la toma de decisiones sobre su propio cuerpo.
Construcción compartida del diagnóstico y tratamiento	Es necesario incorporar la experiencia del adolescente y joven partiendo de la premisa de que cada persona es libre de experimentar con su propio cuerpo y por ende, es quien mejor lo conoce, es ella/él quien mejor puede decidir, de acuerdo a su historia y a su situación. Además, en este contexto el rol del profesional de salud es acompañar con información técnica y con apoyo afectivo la decisión de la persona.

La toma de decisiones debe hacerse considerando la autonomía y la libertad de elección. El uso del concepto de libertad de experiencia según Rogers³⁵, consiste en que las personas se sientan libres de reconocer y elaborar sus experiencias y sus sentimientos personales como ellos creen que deben hacerlo. Es decir, que la persona no se sienta obligada a negar o deformar sus opiniones y actitudes íntimas, para mantener el aprecio o el afecto de las personas que él/ella considera importantes.

La libertad de la experiencia no se refiere necesariamente a la expresión física de las acciones, debido a que existen límites en la expresión física

de los actos, que dependen de si no es nociva, ni para el sujeto ni para los demás.

La atención a adolescentes y jóvenes debe considerar los principios éticos de beneficencia, no-maleficencia, justicia, respeto a las personas y diversidad de éstos. Además estos principios deben centrarse en las posibilidades y/o recursos de las y los adolescentes y jóvenes.

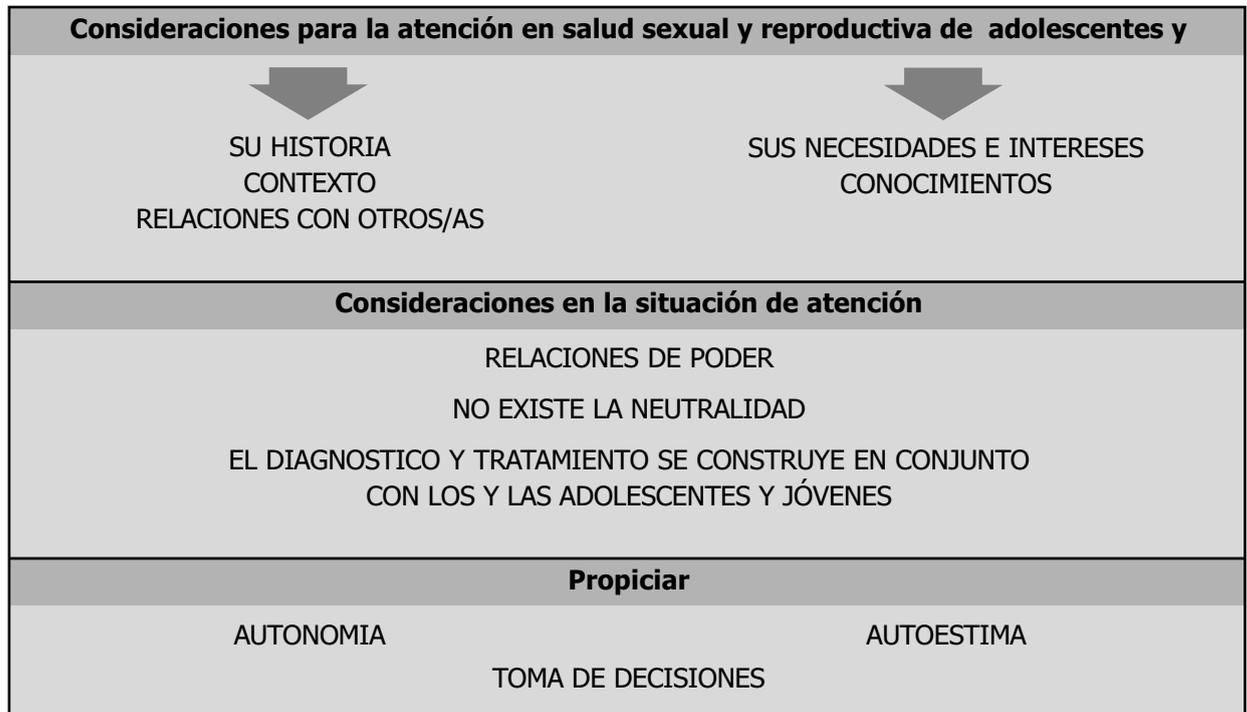
En este contexto de toma de decisiones, la intervención es esencialmente empática y afectiva, porque una situación conflictiva lleva a una pérdida de la seguridad externa. Los medios empleados para crear un sentimiento de seguridad son dar confianza,

³⁴ Pérez M. S.; Cisterna I.; Isla P. Manual Psicosociojurídico de intervención en Violencia Intrafamiliar en Chile. CONSIL Santiago 2000.

³⁵ Rogers, C.; Kinget, M. Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y Práctica de la terapia no directiva. Hombres, Hechos e Ideas. Editorial Alfabuara, España 1971. Pp. 38.

reconfortar o animar a las y los adolescentes y jóvenes de modo directo y explícito. En primer lugar, es necesario reforzar el sentimiento de seguridad del cual se desprende la actitud de no juzgar. En esta relación le estamos modelando una forma de

relacionarse consigo mismo y comunicarse con otros, muchas veces no es la que usualmente se utiliza como por ejemplo, la no-violencia, la confianza, la credibilidad, la solidaridad, siempre con la mantención de límites claros.



2.3.3. Grupos de Trabajo y Trabajo en Equipo³⁶

En la actualidad los grupos y equipos de trabajo se han vuelto de suma importancia debido a la creciente complejidad de su quehacer. Para lograr un mejor rendimiento y muchas veces objetivos que individuos por sí solos no pueden llevar a cabo, ha surgido la necesidad del trabajo en equipo, ya que esto logra facilitar la participación de los miembros en la toma de decisiones.

Se entenderá por grupos de trabajo como aquellos grupos que tienen algunas de las siguientes características: son grupos reales, con límites, interdependencia entre sus miembros, con

diferenciación de roles; cuentan con tareas que realizar, poseen una responsabilidad colectiva; son entidades insertas en sistemas sociales más amplios; realizan tareas relevantes para los objetivos de la organización a la cual pertenecen³⁷.

Los equipos de trabajo se caracterizan por establecer normas que regulan los comportamientos de sus miembros; indicando lo que se puede hacer o no; por la existencia de diversos roles al interior del equipo y por el mantenimiento de una cohesión grupal que los hace permanecer en el equipo.

Cuando los miembros de un grupo y/o equipo de trabajo se sienten unidos o ligados a algo se crea

³⁶ Ambos conceptos no son excluyentes, sino que por el contrario se superponen, la mayoría de los autores consideran aspectos diversos del mismo fenómeno. Shaw, 1989. En: Mellado, C.; Velastín F. Descripción comparativa de las dinámicas de rendimiento que actúan sobre equipos de trabajo con distintos grados de eficacia. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago 2002.

³⁷ Mellado, C.; Velastín F. Descripción comparativa de las dinámicas de rendimiento que actúan sobre equipos de trabajo con distintos grados de eficacia. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago 2002.

un estado afectivo entre ellos. Para mantenerse colaborando unos con otros es necesario que sepan establecer y mantener relaciones entre sí, donde la tolerancia es un objetivo que tiene

relación en parte con la aceptación de los conocimientos y competencias de otros, sumado a esto, la flexibilidad para aprender que una cuestión se puede ver de distintas maneras³⁸.

Algunos elementos que actúan como FACILITADORES para el funcionamiento grupal	Algunos elementos que OBSTACULIZAN el funcionamiento grupal
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Definición del o los objetivos del grupo; ◆ Establecimiento de un programa de acción; ◆ Definición y asignación de tareas y responsabilidades; ◆ Participación de las/os integrantes del grupo en la toma de decisiones; ◆ Establecimiento de una buena comunicación; ◆ Realización de reuniones periódicas; ◆ Existencia de un clima de confianza y diálogo; ◆ Posibilidad de que cada integrante se atreva a decir lo que piensa; ◆ Respetar las opiniones distintas y saber escuchar. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Falta de claridad sobre los objetivos del grupo; ◆ Carencia de un programa de trabajo; ◆ Dificultades en la definición de tareas y asignación de responsabilidades; ◆ Poca claridad de quien debe tomar las decisiones; ◆ Problemas al nivel de la comunicación debido a irregularidad en la realización de las reuniones y que no exista un clima de confianza.

Los grupos o equipos de trabajo se pueden convertir en una alternativa que apoye el trabajo individual de los profesionales de salud para enfrentar las demandas actuales de los/as adolescentes y jóvenes. Convirtiéndose en un espacio de reflexión de las situaciones conflictivas, apoyo en la toma de decisiones, además de compartir experiencias y conocimientos sobre formas de intervención. El trabajo en equipo cobra mayor relevancia en especial en los casos de mayor conflicto donde se puedan ver involucrados nuevos actores. Por ejemplo, cuando se deba realizar una denuncia por abuso sexual los profesionales necesitan sentirse apoyados por su pares y la institución a la cual pertenecen.

2.4. HABILIDADES COMUNICACIONALES

Las necesidades de información de los/las adolescentes y jóvenes, en el área de la salud sexual y reproductiva, requiere de un manejo apropiado de técnicas de comunicación por parte de los profesionales de la salud. La incorporación de estas técnicas involucra el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan el establecimiento de un buen nivel de comunicación entre profesionales de la salud y adolescentes y jóvenes³⁹.

³⁸ Johannot, H. El individuo y el grupo. Las relaciones interhumanas, el papel de los líderes, el trabajo en equipo. Editorial Aguilar, Madrid 1961.

³⁹ Op cit. Pathfinder International, Focus on Young Adults. Ministerio de Salud. Perú, 1998.

2.4.1. Principios Básicos de la Comunicación⁴⁰

Algunos principios básicos de la comunicación ⁴⁰	
Toda conducta, es comunicación	<ul style="list-style-type: none">◆ Es imposible no comunicar ya sea a través de nuestras acciones, el lenguaje, la postura corporal y contextual.◆ A pesar de no ser siempre intencionada, consciente, eficaz o de entendimiento mutuo, siempre comunicamos.◆ Puede ser no verbal, de movimientos corporales, gestos faciales, inflexión de la voz, tonalidades, volumen; y digital, que se refiere al lenguaje que nos permite, por convención, compartir información.
Toda comunicación implica un compromiso	<ul style="list-style-type: none">◆ Define una relación, no sólo transmite información, sino que también el cómo debe entenderse dicha comunicación.◆ Es importante la forma en que comunicamos además del contenido mismo del relato, la historia y la significación personal y emocional.
En toda comunicación se realiza un intercambio de mensajes entre los comunicantes	<ul style="list-style-type: none">◆ Puede haber acuerdo o no al respecto. De ahí surgen se muchos conflictos entre las personas, debido a que de una misma situación podemos tener opiniones muy divergentes.◆ En la comunicación cada uno tiene su propia percepción de los hechos, que está determinada por todos los elementos anteriormente mencionados.

Es necesario que los profesionales de la salud que atienden a adolescentes y jóvenes cuenten con habilidades comunicacionales. Estas habilidades deben otorgarle al profesional mayor seguridad

para actuar en situaciones cotidianas y de conflictos manteniendo una relación empática⁴¹ además, de entregar información técnica, clara y eficaz.

En términos de la comunicación es importante reconocer que:
<ul style="list-style-type: none">◆ Somos los únicos responsables por los sucesos que se desprendan de nuestra buena o mala comunicación.◆ No podemos suponer que los otros siempre han entendido lo mismo que uno.◆ La comunicación no sólo tiene contenidos, sino también impone conductas y supone intenciones.◆ En las comunicaciones sanas, los aspectos relacionales y de contenido están claramente delimitados.◆ Respecto a nuestra responsabilidad en el comunicar, se plantea en forma distinta del uso común. Las situaciones en sí no tienen un valor provocador, somos nosotros los que lo percibimos de determinada manera y actuamos de acuerdo a ella, es decir que los sucesos o personas nos provocan determinados estados de ánimo.◆ Dentro de la comunicación, y específicamente dentro de la consejería, un individuo pasa a ser modelo de otros, siguiendo su estilo de comunicación e imitando su forma de encarar los temas.

⁴⁰ Watzlawick P.; Beavin J.; Jackson D. Teoría de la Comunicación Humana. Biblioteca de Psicología, Editorial Herder. Barcelona 1980.

⁴¹ La capacidad empática es la capacidad para sumergirse en el mundo subjetivo de los demás y para participar en su experiencia en la medida en que la comunicación verbal y no verbal lo permitan. Ponerse en el lugar del otro y ver el mundo como él lo ve. Rogers Carl, Kinget Marian. Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y Práctica de la terapia no directiva. Hombres, Hechos e Ideas. Editorial Alfaguara, España 1971. Pp. 38.

2.4.2. Escucha Activa

Una de las técnicas más utilizadas y más beneficiosas en la actualidad para establecer espacios de orientación a adolescentes es la escucha activa. La escucha activa tiene como base el saber escuchar. La escucha es la base de una comunicación satisfactoria. La mayoría de las personas tienden a pensar primero en las propias respuestas, en buscar las palabras correctas para expresar sus sentimientos, más que escuchar con reflexión lo que el otro está diciendo. Por ello, nuestras relaciones suelen rodearse de malos entendidos y sentimientos de incompreensión⁴².

Para escuchar realmente es necesario ejercitar la paciencia y dejar de lado nuestros propios pensamientos para poder captar mejor lo que dice el otro. Aquí la empatía pasa a ser una herramienta importante, ya que se refiere a la capacidad de escuchar a otros, lo cual es una manera de ayudarlos. Es sumamente relevante en una relación, porque promueve el cambio y el aprendizaje, permite rescatar vivencias, entrar en

la percepción del otro y requiere estar atento a sus cambios. De alguna manera vivenciar lo que hay detrás de la comunicación explícita.

Se hace un esfuerzo por captar los significados que le da el interlocutor a sus palabras. Es dejar de lado nuestros esquemas personales para ubicarse en el contexto vital del otro. Esto se logra centrándose en el cómo se está expresando la otra persona, es tratar de ver el mundo con sus ojos.

Está comprobado que una mayor empatía conlleva una mayor autoexploración, nos amplía la visión respecto de nosotros mismos y de otros. El escuchar con interés y de una manera no valorativa nos ayuda a confirmar el valor que tiene el otro como persona; y en la medida en que escuchemos atentamente enseñamos al otro a hacerlo de igual forma.

Los jóvenes y las y los adolescentes buscan ser escuchados/as y/o requieren algún tipo de orientación, de allí la importancia que los profesionales de la salud desarrollen una escucha activa.

Aspectos de la escucha activa

Existe una relevancia de la vida cotidiana

- ◆ En la escucha del adolescente le estamos diciendo implícitamente que él/ella es importante, que me interesa escucharlo/a y que su vida diaria es relevante. Ya que los adolescentes están en este proceso de cambio día a día, donde existen malestares y emociones que no siempre son explicables para sí mismos.
- ◆ La vida cotidiana es relevante no sólo para los adolescentes y jóvenes sino que también para los profesionales de la salud, sus experiencias diarias, sus emociones, situación familiar, medio ambiental, etc. van a influir en su labor profesional. Por ejemplo, no es lo mismo atender al primer paciente de la mañana que al último de la tarde; atender en verano, en una ciudad con alerta ambiental, que en invierno en un pueblo.

La escucha persigue el refuerzo de la autonomía de las y los adolescentes y jóvenes

- ◆ Considerar sus opiniones respecto a la decisión que se debe tomar, además de aportar con la información que apoye esta decisión, es una tarea de los profesionales de la salud.
- ◆ La tendencia general de los adultos es ver a las y los adolescentes y jóvenes como inmaduros e incapaces de tomar decisiones.
- ◆ Es necesario apoyar su propio proceso de cambio y, sobre todo, el aprendizaje de "hacerse cargo" de sí mismos, de sus decisiones, deseos y necesidades.

⁴² Van Dusen W. La profundidad natural en el hombre. Editorial Cuatro Vientos, Santiago 1977.

2.4.3. Observación del Lenguaje Corporal

Otra técnica que puede ser de gran ayuda a la labor cotidiana de los profesionales de la salud en la atención a adolescentes y jóvenes es la observación del lenguaje corporal.

El desarrollar la capacidad de observación permitirá establecer una comunicación más directa, de confianza, centrada en una escucha activa.

El lenguaje corporal según Lowen⁴³ se refiere a las señales y expresiones corporales que proporcionan información acerca de las personas

y de las expresiones verbales basadas en funciones del cuerpo. Ejemplo de este segundo caso son la expresión "esa persona es de puño apretado", es decir, es tacaña; o vamos "hombro con hombro" significa que compartimos algo. La comunicación es participación de experiencias que a su vez es reacción corporal a las situaciones y acontecimientos.

En el caso de las y los adolescentes y jóvenes es interesante observar gestos, movimientos corporales, tonos de voz, forma de sentarse, arreglo personal, etc., ya que en estas expresiones se revela el interior de las personas⁴⁴.

Algunos aspectos que se pueden observar son⁴⁵:

La expresión del rostro y de la mirada

El rostro es nuestra cara pública, nuestra expresión facial y la expresión de los ojos, que da cuenta de nuestros estados emocionales, si reflejan tranquilidad, tristeza, alegría. Además, si es capaz el/ la adolescente y joven de mirar al profesional de la salud a los ojos o lo evade expresa su vivencia actual, sin necesariamente decir una palabra.

La forma de saludar y dar la mano

Esta primera expresión puede ser un indicador del estado de ánimo, de la autoestima o producto del aprendizaje familiar. Este primer indicador puede ser verificado y profundizado a través de las siguientes observaciones y preguntar a lo largo de la atención en salud.

Algunos indicadores para la observación en la atención son:

La forma de sentarse

La posición que adquiere el/la adolescente y joven puede ir variando a lo largo de la entrevista de acuerdo al clima de confianza que adquiera la situación. Puede partir algo rígida, dependiendo de la confianza que exista con el profesional de la salud y la situación de conflicto que plantee.

La postura al caminar

La forma habitual de caminar de los/las adolescentes y jóvenes indica la manera en que encarar la vida, revela su autoestima y algunos aspectos de su aprendizaje familiar.

Los movimientos del cuerpo

Este punto da cuenta de la armonía, la agilidad, el ritmo, los movimientos exagerados, etc. Todo lo cual da cuenta de su estado anímico y de su autoestima.

El vestuario

Este indicador puede dar cuenta de la imagen que tiene el joven de si mismo, de su autoestima y del estado emocional en que se encuentra. Es importante aclarar que esto no tiene relación con la pobreza, ni con la elegancia.

⁴³ Lowen, A. Bioenergética. Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente. Editorial Diana, México 1977.

⁴⁴ Op cit. Pathfinder Iternational, Focus on Young Adults. Ministerio de Salud. Perú, 1998.

⁴⁵ Idem.

Cabe señalar que todas estas características están sujetas a diferencias entre hombres y mujeres. Existen expresiones corporales permitidas y otras prohibidas, un ejemplo de ello es la forma de sentarse de los hombres, con una pierna abierta y cruzada sobre la otra, en el caso de las mujeres es también una pierna sobre la otra, siempre manteniendo las piernas juntas. Esta expresión corporal, además se ve muy influido por la sociedad, por ejemplo en la actualidad las adolescentes mujeres tienen un desarrollo físico más temprano de sus senos, y ya no esconden sus cambios físicos como en otras generaciones anteriores.

Una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y las y los adolescentes y jóvenes puede considerar:

- ◆ Los intereses, las necesidades e información que requieren los /las adolescente y jóvenes.
- ◆ El ambiente donde se realiza la entrevista, debe ser cómodo, privado, acogedor que facilite la comunicación.
- ◆ La comunicación verbal, debe usar un lenguaje apropiado y entendible, estimular la participación del adolescente y joven, además debe permitir que haga preguntas, reforzar sus logros, sin inducir decisiones.
- ◆ La comunicación no verbal, refiere a mirar directamente a los /las adolescentes y jóvenes a los ojos y rostro, sonreír, realizar movimientos tranquilos.

El estar consciente del propio cuerpo y estar observando los cambios corporales del otro/a les ayudará a mantener una mejor escucha.

3

Consideraciones Jurídicas y Éticas de los Programas de Atención a Adolescentes y Jóvenes en Salud Sexual y Reproductiva

3.1. Consideraciones Jurídicas

En el caso de Chile, la confidencialidad de la información se vincula con el secreto profesional. Este se entiende como "el deber que tienen las personas que ejercen ciertas profesiones, tales como médicos, abogados, notarios, de no descubrir o develar a terceros los hechos que han conocido en el ejercicio de la profesión"⁴⁶.

La confidencialidad en este contexto es un bien digno de protección en donde se vincula la privacidad y la intimidad, derecho reconocido como fundamentales. Además, porque existe una relación especial entre la persona y el/la profesional que la atiende, quienes acuden a los profesionales de la salud, depositan su confianza, sus secretos, con el objeto de ser atendidos de una manera integral.

La reserva del secreto beneficia a usuarios/as del sistema ya que se debe otorgar certeza que la información entregada, sean intimidades o secretos, serán bien guardados.

Según el Código de Ética Profesional del Colegio Médico "los médicos no podrán en caso alguno, revelar directa o indirectamente los hechos, los datos o informaciones que hayan conocido o le hayan sido revelados en el ejercicio de su profesión, salvo orden judicial o autorización libre

y espontánea del paciente mayor de edad y que este en su sano juicio"⁴⁷.

Por otra parte, en el Código de Ética Profesional del Colegio de Matronas "el secreto profesional es una obligación que la matrona debe respetar en forma escrupulosa, con excepción de los casos estipulados en las leyes"⁴⁸.

El ámbito de la vida privada es la escena mas propicia para que las personas develen su intimidad "El secreto profesional no es más una extensión de la protección de la vida privada de las personas, derecho que se encuentra garantizado en el artículo 19 N° 4 de la Constitución Política de Chile"⁴⁹. El secreto profesional ha de reunir tres requisitos: (a) el carácter oculto del hecho, es decir, su desconocimiento por la generalidad de las personas; (b) estar destinado a permanecer oculto, y (c) que el hecho se haya conocido en razón de la profesión que se ejerce.

3.2. Consideraciones Éticas

Respecto a las responsabilidades éticas de los profesionales que atienden a las y los adolescentes en el ámbito de la sexualidad y la reproducción deben considerar *la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención de los Derechos*

⁴⁶ García Maañon-Basile, 1990. pp.162. En: Casas, Lidia; Isla, P. "Confidencialidad de la información médica: análisis jurídico de la situación en Chile. CORSAPS, Santiago, 2002. pp.92.

⁴⁷ Casas, L.; Isla, P. "Confidencialidad de la información médica: análisis jurídico de la situación en Chile. En: Casas, L. Dides, C., Isla, P. Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva. CORSAPS, Santiago, 2002. pp.97.

⁴⁸ Idem, pp.97.

⁴⁹ Idem, pp.93.

del Niño, la cual incluye los derechos de las y los adolescentes, ambas hacen parte de las Políticas de Salud para la Gente Joven del Ministerio de Salud⁵⁰. En éstas se reconocen que los y las adolescentes y jóvenes son sujetos de derechos, que deben ser parte de las políticas públicas de los gobiernos. Los Derechos Humanos son concebidos como condiciones básicas reconocidos universalmente que permiten el desarrollo integral de las personas, es así como los programas deben satisfacer la realización de capacidades físicas, intelectuales, afectivas, de conciencia y creativa de ellas. Los Derechos del Niño, adolescente y jóvenes se enmarcan dentro de estos derechos universales⁵¹.

Cada vez con mayor fuerza, las legislaciones de diversos países, y también los fallos de los tribunales reconocen que los adolescentes son individuos cuya capacidad de autonomía es mayor en la medida con que cuenten con la suficiente madurez para asumir las responsabilidades inherentes a sus decisiones y pueden dar su consentimiento en los distintos servicios de salud sexual y reproductiva⁵². Más aún, muchas leyes, incluyendo la chilena, reconoce que los adolescentes llegan a la mayoría legal o se 'emancipan', según el lenguaje del Código Civil en la medida en que el joven menor de edad contrae matrimonio⁵³ o bien que la emancipación se produce por haberse convertido en madre⁵⁴. Ello

no es más que el reconocimiento que estos jóvenes deben asumir la responsabilidad de la paternidad y que deben adoptar una serie de decisiones como padres o madres.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño, en adelante CIDN ratificada por Chile, reconoce en sus artículos 5 y 14 la capacidad del niño o niña de ejercer ciertas facultades y que cuenta con un desarrollo progresivo de sus facultades en su autodeterminación. En efecto, el 14 de la CIDN dispone que:

- " 1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
2. Los Estados Partes respetarán los derechos y los deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades."

Por su parte, el Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en adelante Convención de la Mujer, órgano de Naciones Unidas cuya labor es interpretar y vigilar el cumplimiento de las obligaciones internacionales de derechos humanos que surgen de dicho tratado⁵⁵, ha estimado en su Observación General N° 24 sobre Mujer y Salud

⁵⁰ Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes. División Salud de las Personas. Programa Salud del Adolescente. Santiago. 2000.

⁵¹ En su artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que "todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona" y en el artículo 25 señala: "1. Toda persona tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegura, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros de casos de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derechos a cuidados y asistencias especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social". En: Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes. División Salud de las Personas. Programa Salud del Adolescente. Santiago. 2000.

⁵² Rebecca Cook y B.M. Dickens, "Recognizing adolescents' evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare", International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 70 N° 1 (2000), p. 14.

⁵³ El Código señala lo siguiente sobre la emancipación:

Artículo 269. *La emancipación es un hecho que pone fin a la patria potestad del padre, de la madre, o de ambos, según sea el caso. Puede ser legal o judicial.*

Artículo 270. *La emancipación legal se efectúa:*

1. Por la muerte del padre o madre, salvo que corresponda ejercitar la patria potestad al otro;
2. Por el decreto que da la posesión provisoria, o la posesión definitiva en su caso, de los bienes del padre o madre desaparecido, salvo que corresponda al otro ejercitar la patria potestad;
3. Por el matrimonio del hijo, y
4. Por haber cumplido el hijo la edad de dieciocho años.

⁵⁴ Cook y Dickens, Op. cit., p. 14.

⁵⁵ Igualmente ratificado por Chile en 1989.

establecido en el artículo 12 de dicha Convención, que el concepto de mujer abarca tanto a adultas como a niñas, y que "los Estados deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y reproductiva...en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y a la confidencialidad"⁵⁶. Por lo cual, la CIDN y la Convención de la Mujer, establecen límites a una protección parental que niega la evolución de las capacidades de los adolescentes para el ejercicio de ciertos derechos.

Las modificaciones al Código Civil en esta materia adoptan el mismo lenguaje que la CIDN, al señalar en el artículo 222 que los hijos deben respeto y obediencia a sus padres, cuya preocupación fundamental es el interés superior del hijo, para lo cual procurarán su mayor realización espiritual y material posible, y lo guiarán en el ejercicio de los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana de modo conforme a la evolución de sus facultades.

Según la Política Nacional de Salud para Adolescente y Jóvenes del MINSAL, la importancia de la Convención de los Derechos del Niño está dado por el derecho a la supervivencia, al desarrollo de sus aptitudes físicas y mentales, el derecho a la protección contra todo aquello que vaya en menoscabo de su derecho y el derecho a participar en la vida familiar, social y cultural. La salud aparece entonces como un derecho básico para el desarrollo social y económico, como un bien superior y un componente importante del bienestar individual y colectivo.

Respecto a la atención en salud sexual y reproductiva se requiere incorporar la noción de derechos sexuales y reproductivos, reconocidos como derechos humanos. Estos son entendidos

como todos los derechos básicos de las parejas e individuos que se vinculan al libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción humana, independiente de la edad, condición social, raza, religión.

Nos parecen fundamental considerar tres criterios éticos en la atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: las nociones de equidad, calidad de la atención y calidad de vida⁵⁷.

La equidad consiste en la provisión de servicios accesibles e igualitarios, con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles, logrando la adhesión y la satisfacción del usuario/a⁵⁸.

La calidad de la atención considera la dimensión cultural. Esta dimensión es de gran relevancia, porque nos ayuda a identificar por ejemplo el poder de los prestadores, los derechos de quienes necesitan la atención y la exigencia de autonomía frente a la atención. Una buena calidad de la atención en salud sexual y reproductiva estará fundada en el respeto y reconocimiento de los derechos en su acto voluntario de consultar los servicios, información, ampliación de visión respecto al tema que consulta y decidir lo que valora por íntima convicción, lo mejor posible para la persona. Otorgando así servicios sanitarios, emocionales, psicológicos y sociales que permitan mejorar la calidad de vida.

Nos parece relevante destacar los principios por los cuales se rige la Política de Salud para la Gente Joven del MINSAL de tal manera que sirvan de orientaciones éticas para la aplicación del consentimiento informado y la confidencialidad de la información en los programas de atención en salud sexual y reproductiva de la atención primaria:

⁵⁶ Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Observación General N° 24, Mujer y Derecho a la Salud Artículo 12, 20ª Sesión, 1999, párrafo 8º.

⁵⁷ Dides, C. "Un ejercicio Reflexivo: Consentimiento Informado y Atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes." En: Revista Derechos del Niño Uno, 2002. Programa Derechos del Niño del Centro de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Diego Portales. Fondo Naciones Unidas para la Infancia. Santiago octubre 2002, pp. 302

⁵⁸ Ministerio de Salud, Tarjeta de Presentación. Situación de la Salud en Chile, 1996. R.H. Palmer, citado en Incorporación del Indicador Satisfacción del Usuario en el sistema público de salud. Minsal, República de Chile, 1996.

Principios por los cuales se rige la Política de Salud para la Gente Joven⁵⁹

◆ **Respeto a las Personas:** Uno de los principios centrales es la autodeterminación en las decisiones de los y las adolescentes y jóvenes, considerando la autonomía reducida o con discapacidades físicas o mentales (niños pequeños, personas con retraso mental, personas con trastorno mental, personas en situación de amenaza vital). El respeto al otro, es la base de cualquier interacción entre el profesional de la salud, adolescente o joven.

◆ **Respeto a la Autonomía y al Derecho al Consentimiento Informado y a la Confidencialidad:** Adolescentes y jóvenes necesitan poner en práctica su creciente capacidad de tomar decisiones autónomas y que éstas sean respetadas. Se debe propender a que los padres, madres, tutores o el Estado pueda representar los intereses de los y las adolescentes menores de edad. Solamente en el caso de que no esté en condiciones de representarse por sí mismo/a; reconociendo con esto, su dignidad como persona y su capacidad de autonomía que desarrollan durante la adolescencia.

Esta autonomía tiene como consecuencia directa la posibilidad del o de la adolescente o joven de dar consentimiento informado, es decir, conocer los riesgos y beneficios de las alternativas terapéuticas y libremente autorizar un curso de acción propuesto por el profesional de salud.

Para asegurar el Consentimiento Informado, no sólo es necesario reconocer el derecho a la Autonomía. También se debe garantizar la Privacidad y la Confidencialidad entre adolescente o joven y el proveedor de acciones de salud. Esta confidencialidad se debe entender como el compromiso de que la información entregada por el adolescente o

joven, no será tratada con sus padres o terceros, salvo que se esté ante una situación de riesgo para el adolescente o joven, que signifique riesgo para terceras personas. Ejemplos de estas situaciones excepcionales son: ideación o intento de suicidio u homicidio.

En definitiva la Confidencialidad permite, por una parte, que el y la adolescente o joven entregue toda la información necesaria para llegar a un correcto diagnóstico, y por otra, que se respete íntegramente la dignidad del y de la adolescente o joven en cuanto Persona.

◆ **Respeto a la Diversidad:** Se debe respetar los derechos de adolescentes y jóvenes sin distinción alguna, por motivos de etnia, idioma, sexo, opinión política o de otra índole, origen, posición social o económica, o cualquier otra condición. La diversidad de nuestra sociedad es un elemento central de nuestra riqueza como Nación.

En particular, el respeto por la diversidad implica que el personal de salud no puede emitir juicios sobre la conducta de los adolescentes o jóvenes que atienden, y no deben confundir ni imponerles convicciones morales personales. Si la acción del profesional se viera constreñida por esta situación, debería derivar al adolescente a otro profesional, pues de ningún modo debe dejarlo sin atención o solución a su problema.

◆ **Respeto del Principio de la Beneficencia:** Es una obligación asegurar el bienestar de adolescentes y jóvenes, a través de actuar positivamente en su beneficio y aún más, maximizar los beneficios que se puedan alcanzar. Actuar positivamente en su beneficio cuando el respeto a la Autonomía está constreñido por diversas razones. El deseo de padres, madres y también social, de proteger a los y las adolescentes no puede tensionar el principio de Beneficencia y el respeto a la Autonomía. "A menudo el profesional de la salud estará forzado a decidir cuál principio se aplicará mejor según las circunstancias y actuar con

⁵⁹ Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes. División Salud de las Personas. Programa Salud del Adolescente. Santiago. 2000.

el principio de beneficencia si existe una adecuada justificación para ello, como por ejemplo, si los padres, profesores o personal de salud abdican de su responsabilidad frente a un adolescente en peligro”⁶⁰.

◆ **Respeto por el principio de No**

Maleficencia: Este consiste en “nunca hacer mal a otro/a”. La obligación es minimizar el daño a las personas y cada vez que sea posible, remover las causas de daño a través de aplicar estrategias de prevención y educación en salud. Es deber del Estado proteger la integridad de las personas, el deber de prevenir las amenazas a esa integridad e impedir cualquier acción cuyas consecuencias dañen a adolescentes o jóvenes. Se debe alcanzar los estándares de logros, propuestas, metas, más altos en salud, tomando medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, apropiadas para proteger al joven adolescente de la violencia física mental, daño o abuso, negligencia o tratamiento negligente, maltrato o explotación, incluyendo el abuso sexual.

◆ **Respeto a los derechos sexuales y**

reproductivos: Estos se enmarcan dentro de los derechos humanos fundamentales. Incluyen la defensa de los derechos de las personas para tener control y tomar decisiones libres y responsables sobre su sexualidad y reproducción, sin verse sujetos a coerción, discriminación o violencia. Forman parte esencial e inseparable de la salud y de la educación, pues sin ellos resulta imposible el autocuidado y la demanda de servicios para conservar y promover la salud de adolescentes y jóvenes.

⁶⁰ Idem.

4.

■ Algunas Técnicas de Apoyo para la Aplicación del Consentimiento Informado y la Confidencialidad de la Información.

Presentamos a continuación dos técnicas que ayudan a la resolución de conflictos y su relación con la confidencialidad de la información y el consentimiento informado: la consejería y la intervención en crisis.

4.1. Consejería

La consejería es un proceso de escucha activa entre un consejero/a y un/a consultante, donde se entrega apoyo emocional e información personalizada según los requerimientos de quien acude, permitiendo develar las situaciones de riesgo social y/o biológico de los consultantes. Es importante entregar información asertiva y desprejuiciada, con el fin de crear un ambiente confidencial, seguro y anónimo donde la conversación se centre en las necesidades del o la solicitante⁶¹.

Por esto la consejería debe entenderse como “un espacio de confianza entre usuario/a y consejero/a” la cual debe considerar y “adaptarse a las necesidades y capacidades del contexto en el que se proporciona... El contenido y el enfoque pueden variar considerablemente según el sexo del solicitante”⁶².

Los/as consejeros/as en el proceso de atención deben atender las necesidades que los aconsejados/as requieran, apoyo en asesoría

jurídica y sociales disponibles para facilitar las decisiones de las personas, es por esto que es necesario poseer una constante capacitación en programas de apoyo gratuitos y todos los servicios existentes donde el o la solicitante puedan acudir en caso de que fuese necesario.

Posterior a la consejería se debe considerar según la ONUSIDA un apoyo psicológico inmediato si lo requiere y apoyo familiar o de amigos/as.

Para que el proceso de consejería sea llevado de manera óptima es necesario contar con un espacio especialmente acondicionado para realizar esta labor, donde este garantizado la confortabilidad. Además de garantizar una conversación carente de todo tipo de interrupciones.

El o la consejero/a tiene que poseer las herramientas necesarias, para enfrentar situaciones conflictivas, a partir de la capacitación en información relevante y la adquisición de habilidades específicas para la contención.

4.2. Intervención en Crisis

Dentro de las formas de intervención de los profesionales de salud, la intervención en crisis es una de las más utilizadas ya que generalmente los adolescentes y jóvenes recurren a los servicios de salud por situaciones conflictivas.

⁶¹ Barriga, P. y Guajardo, A.. Cuadernillo para la prevención secundaria y terciaria en población PVVIH. 2002. Vivo Positivo. Área de prevención., Santiago, 2002.

⁶² ONUSIDA, “Asesoramiento y pruebas voluntarias”. Actualización técnica. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA, Santiago, Septiembre 2000.

Etimológicamente, crisis viene del griego *crino* que significa cambio, separar, dividir, retorno, período crucial entre pasado y futuro. La tarea principal de la intervención en crisis es acompañar, brindar contención, permitir la descarga emocional, ofrecer información a las y los adolescentes, jóvenes y sus familiares, mediar en momentos de confusión y conflicto y detectar desde un diagnóstico presuntivo los casos más graves para derivarlos a los correspondientes centros de atención⁶³.

Algunos supuestos básicos de la intervención en crisis:

- ◆ Mantener la postura de que los/as adolescentes y jóvenes tienen la capacidad de tomar buenas decisiones.
- ◆ Las y los adolescentes y jóvenes tienen la libertad de elegir opciones, aún dentro de restricciones.
- ◆ Los comportamientos a ejecutar tienen propósitos y están orientados.
- ◆ Es posible aprender comportamientos nuevos y desaprender comportamientos viejos.

Existen a lo menos dos tipos de crisis: las crisis vitales y las crisis situacionales o accidentales.

- ◆ **Crisis vitales** pueden ser de adaptación a diferentes etapas de la vida, casamientos, nacimientos y duelos entre otros. Muchos jóvenes presentan una crisis en esta etapa de

sus vidas, en parte debido a los grandes cambios físicos y psicológicos que vivencian y a las nuevas tareas sociales que se les empiezan a presentar.

- ◆ **Las crisis situacionales y/o accidentales** pueden ser por ejemplo accidentes, enfermedades, quiebras, despidos, mudanzas, migraciones, enfermedades de padres, hijos, cónyuges, entre otras. Este tipo de crisis también puede ser vivenciados en la etapa de la adolescencia ya sea por ejemplo frente a un desperfecto de un preservativo, por temor a un embarazo no deseado u otras situaciones.

La intervención en crisis tiene como objetivo proveer a las y los adolescentes y jóvenes y sus familias el máximo de apoyo y asistencia para que recuperen el equilibrio emocional lo antes posible

Se trabaja con los /las adolescentes y jóvenes como si fuera la única vez que se los va a ver, focalizando su problemática, sus recursos y fortalezas. La intervención en crisis es breve, activa, práctica y directa. Se trabaja con lo que los jóvenes sienten o como se explican la situación, no se trabaja con la situación en sí misma.

Se ayuda a los/las jóvenes a separar entre lo urgente y lo importante, ya que la sensación de ellos/as es que todo es urgente. Además de identificar la red de apoyo con la que cuentan.

Existen dos fases dentro de la intervención en crisis:

FASE 1

- ◆ Se busca lograr un clima de CONFIANZA, HONESTIDAD Y EMPATÍA.

FASE 2

- ◆ Se busca explorar sistemas de relaciones y redes de apoyo (familiares, amigos, vecinos).
- ◆ Se identifican y clarifican: el problema, recursos, debilidades y experiencias pasadas, se determina qué intentó hacer hasta el momento, cuál es el tipo de crisis, el riesgo para sí y para otros y su entorno.
- ◆ Se deriva de acuerdo a lo que sea más adecuado para el caso.

⁶³ Slaiken K. Intervención en crisis. Manual moderno. México 1984.

5.

Situaciones más Recurrentes para la Utilización del Consentimiento Informado y Confidencialidad de la Información

A continuación presentamos algunas de las situaciones más recurrentes para la utilización tanto del consentimiento informado como de la confidencialidad de la información. Cabe destacar que estas situaciones fueron identificadas por los profesionales de la salud que participaron en los talleres y fueron enriquecidas con apoyo bibliográfico.

Consentimiento informado

- ◆ Esterilización
- ◆ Uso de métodos anticonceptivos y patologías concomitantes
- ◆ Exámenes complementarios
- ◆ Control preconcepcional a mujeres mayores de 40 años
- ◆ Postergación de hospitalización por motivos familiares
- ◆ Examen ginecológico (tacto vaginal)
- ◆ Solicitud para que este presente un adulto mientras realizan examen ginecológico
- ◆ Procedimientos por diagnósticos inciertos
- ◆ Investigaciones clínicas

Contenido del consentimiento informado⁶⁴

- ◆ Ventajas y resultados positivos de los tratamientos
- ◆ Porcentaje de éxito
- ◆ Desventajas y complicaciones
- ◆ Otras opciones
- ◆ Consecuencias de la negativa a toda opción
- ◆ Responsabilidades del usuario/a
- ◆ Responsabilidades del prestador

¿Cuáles podrían ser los conflictos en la aplicación de consentimiento informado?⁶⁵:

- ◆ **¿Cuándo se debe informar?** Desde el primer contacto, entregando los datos totalmente comprobados.
- ◆ **¿Cuánto se debe informar?** Lo necesario para que cada persona tenga el conocimiento y comprensión que le permitan alcanzar la decisión que lo haga sentirse satisfecho con la aceptación o rechazo del consentimiento.
- ◆ **Personalización de la información:** una persona, conociendo toda la información puede no sentirse como parte de ella, por ejemplo, si bien los datos estadísticos son muy orientadores no pueden ser, salvo excepciones, el factor determinante para cada caso en particular.

⁶⁴ Robinovich, Jorge. Consentimiento Informado en la Práctica Médica: Consideraciones Generales. En Op.cit. Casas; Dides; Isla. pp. 158. CORSAPS, 2002.

⁶⁵ Idem, pp. 160.

- ◆ Debido al acelerado progreso científico en algunos casos sería conveniente analizar posibilidades actualmente no disponibles, pero factibles a corto plazo.
- ◆ Las y los adolescentes y jóvenes podrían tener temores e inseguridad, desconfiar de la información recibida, desconfiar de la capacitación de los prestadores, descalificación, reacciones de enojo ante la situación que debe enfrentar.

Confidencialidad de la información

- ◆ Embarazo adolescente
- ◆ Inicio de métodos anticonceptivos
- ◆ Consejería en VIH/SIDA
- ◆ Infecciones vaginales
- ◆ Diagnóstico de embarazo
- ◆ Derivaciones a salud mental
- ◆ Violación con riesgo vital

Cabe destacar que, en la Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en América Latina convocada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas celebrado en San José de Costa Rica en diciembre de 1997, se plantea que en el tema de la confidencialidad “los jóvenes reiteraron su deseo por recibir servicios sustentados por relaciones interpersonales garante de confianza, comprensión y adecuación del lenguaje al contexto cultural. Otro criterio definitorio de la calidad de un servicio es si ofrece medios y condiciones para garantizar la participación de los adolescentes”⁶⁶. Entiendo esta participación como de empoderamiento de los y las jóvenes adolescentes para constituirse como sujetos de derecho con la intencionalidad de aportar desde sus potencialidades individuales y colectivas.

Finalmente, quisiéramos enfatizar en que esta Guía es una contribución a la aplicación de la confidencialidad de la información y del consentimiento informado que implica el aseguramiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de los Derechos Humanos, así como el mejoramiento de la calidad de atención en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y Jóvenes del país. Cabe recordar que en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, el tema de los y las adolescentes y jóvenes ocupó un lugar central en las discusiones sobre salud reproductiva, esto quedó reflejado en el Programa de Acción adoptado en el cual se propuso que los gobiernos emprendieran acciones para promover y proteger los derechos de las y los adolescentes y a la asistencia en materia de salud reproductiva a través de programas apropiados. Las afirmaciones anteriores se enfatizan en la evaluación de (CIPD+5) y en particular en lo referente a fomentar

“... disfrute de los más altos niveles asequibles de salud, proporcionar servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso, para atender eficazmente sus necesidades de salud genésica y sexual, inclusive la educación, formación y asesoramiento sobre salud genésica y estrategias de fomento de la salud. Estos servicios deben proteger los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento fundamentado, respetando los valores culturales y las creencias religiosas y de conformidad con los acuerdos y convenciones internacionales vigentes pertinentes” (United Nations, 1999)⁶⁷.

⁶⁶ UNFPA. Relato de un Encuentro. Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en América Latina: un compromiso con el futuro. San José de Costa Rica, diciembre 1997. Pp.19

⁶⁷ Guzmán, J.M.; Hakkert, R.; Contreras, J.M. Falconier de Moyano, M. Diagnóstico -sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes- en América Latina y El Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA par América Latina y el Caribe. México, D.F. México, enero, 2001. pp.15

BIBLIOGRAFÍA

Ahumada Figueroa, Luis. (2002) Revista Escuela de Psicología. Facultad de Filosofía y Educación, vol. 1 / Universidad Católica de Valparaíso.

Barriga, Paula; Guajardo, Alejandro. (2002) *Cuadernillo para la prevención secundaria y terciaria en población PVVIH.* 2002. VIVO POSITIVO. Área de prevención., Santiago.

Casas, Lidia; Dides, Claudia; Isla, Pablo (2002). *Confidencialidad de la información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y Reproductiva.* CORSAPS. Santiago.

Casas, Lidia; Isla, Pablo (2002). "Confidencialidad de la información médica: análisis jurídico de la situación en Chile". En: Casas, L. Dides, C., Isla, P. Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva. CORSAPS, Santiago.

Careaga, Gloria. (1996) *Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva.* Comité Promotor por una maternidad sin riesgo en México.

Cook, Rebeca; Dickens, B M. (2001). *Recognizing adolescent's envolving capacities to excersice choice in reproductive healthcare international jornal of ginecology and obstetrice.* Vol 70, Nº1.

Diagnóstico Comunal Enero (2000), *Corporación Municipal de Salud,* Cerro Navia.

De Barbieri, Teresita. (1994) *Género y Derechos Reproductivos.* Fundación Carlos Chaga, Sao Paulo, Brasil.

Dides, Claudia; Casas, Lidia; Guajardo, Alejandro. CORSAPS; **González, Miguel Angel.** Programa Adolescentes. MINSAL. (2003) *Diagnóstico sobre confidencialidad de la información y consentimiento informado en roveedores de atención primaria en salud sexual y reproductiva para jóvenes (I, VIII y Región Metropolitana)* para el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Santiago, Chile.

Dides, Claudia. (2002) "Un ejercicio Reflexivo: Consentimiento Informado y Atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes." En Revista Derechos del Niño Uno, 2002. Programa Derechos del Niño del Centro de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Diego Portales. Fondo Naciones Unidas para la Infancia. Santiago octubre.

Dides, Claudia. (2001) "Ética en la atención de adolescente". Ponencia presentada en las VII Jornada Nacional de Salud Sexual y reproductiva. Reproducción humana, sexualidad y derechos. Sesión: estrategia de atención en adolescente. 23 de noviembre, Santiago, Chile.

FNUAP. (2001) *Las futuras generaciones preparadas para el mundo.* Contribución del FNUAP a las metas de la cumbre Mundial a favor de la Infancia. New York.

Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. (1996) *Calidad de Atención de los Servicios de salud reproductiva.* Santiago.

Gogna Mónica. (2001) *Programas de salud reproductiva para adolescentes.* Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, Argentina.

Guzmán, J.M.; Hakkert, R.; Contreras, J.M. Falconier de Moyano, M. (2001) *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y El Caribe.* Fondo de Población de las Naciones Unidas. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA par América Latina y el Caribe. México, D.F. México, enero.

Johannot H. (1961) *El individuo y el grupo. Las relaciones interhumanas, el papel de los líderes, el trabajo en equipo.* Editorial Aguilar, Madrid.

Lamas, Marta. (1996) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género". En: Lamas, M. (compiladora). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lowen Alexander. (1977) *Bioenergética. Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente.* Editorial Diana, México.

Luengo, Ximena. (2003) "Características de la Adolescencia Normal". Capítulo 2. En: Molina, Ramiro; Sandoval, Jorge; González, Electra. Salud y Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Editorial Mediterráneo, Santiago.

Mellado, C.; Velastín F. (2002) *Descripción comparativa de las dinámicas de rendimiento que actúan sobre equipos de trabajo con distintos grados de eficacia.* Memoria para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

Ministerio de Salud. (2000) *Transversalización de la perspectiva de Género en las políticas de Reforma de Salud en Chile*. MINSAL, OPS/OMS Santiago, diciembre.

Ministerio de Salud (1996). *Tarjeta de Presentación. Situación de la Salud en Chile, 1996*. R.H. Palmer, citado en Incorporación del Indicador Satisfacción del Usuario en el sistema Público de salud. Minsal, República de Chile.

Minsal, Mineduc, Sernam. (2001) *Diagnóstico y lineamientos de Política Pública para la prevención del embarazo no deseado en Adolescente*. Gobierno de Chile. Santiago, abril.

ONUSIDA (2000) *"Asesoramiento y pruebas voluntarias"*. Actualización técnica. Colección Practicas Optimas del ONUSIDA, Santiago, Septiembre.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1995). *Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género*. PAHO/HDW/96-005. Washington DC, Abril 1995.

Palma, Irma. (2002) *Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y El Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques*. Informe técnico, Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y El Caribe, Enero.

Pathfinder International, Focus on Young Adults Ministerio de Salud (1998) *Manual de Capacitación para Facilitadores "Mejorando Habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva"*. Lima Perú.

Pérez M. S.; Cisterna I.; Isla P. (2000) *Manual Psicopsicojurídico de intervención en Violencia Intrafamiliar en Chile*. CONSIL, Santiago.

Robinovich, Jorge (2002) *"Consentimiento informado en la práctica médica. Consideraciones Generales"*. En: Casas, L.; Dides, C.; Isla, P. Confidencialidad de la información y consentimiento informado en Salud Sexual y reproductiva. CORSAPS. Santiago.

Rogers Carl, Kinget Marian. (1971) *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y Práctica de la terapia no directiva*. Hombres, Hechos e Ideas. Editorial Alfaguara, España.

Slaiken K. (1984) *Intervención en crisis. Manual moderno*. México.

Shiappacasse, V.; Vidal, P.; Dides, C.; Casas, L.; Diaz, S. (2003) *Diagnóstico de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. ICMER-CORSAPS, Santiago. Sin publicar.

Suárez, Marines. (1996) *Mediación, Conducción de Disputas, Comunicación y Técnicas*. México.

UNFPA. (1997) *Relato de un Encuentro. Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en América Latina: un compromiso con el futuro*. San José de Costa Rica, diciembre.

Van Dusen W. (1977) *La profundidad natural en el hombre*. Editorial cuatro vientos, Santiago.

Watzlawick P.; Beavin J.; Jackson D. (1980) *Teoría de la Comunicación Humana*. Biblioteca de Psicología, Editorial Herder. Barcelona.

Weeks, Jeffrey. Sexualidad. (1988) *Paidós. Programa Universitario de Estudios de Género*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Zorrilla, Sergio. (2002) *"Confidencialidad, autonomía y derechos de las personas. Comentario y reflexión en torno al artículo 17 del proyecto ley Marco sobre derechos Sexuales y Reproductivos"*. En: Casas, L.; Dides, C.; Isla, P. Confidencialidad de la información y consentimiento informado en Salud Sexual y Reproductiva. CORSAPS, Santiago.

Zurilla T. (1993) *Terapia de resolución de conflictos. Competencia social; un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer España.