



Colección
FACIMED
Facultad de Ciencias Médicas



Matilde Maddaleno Herrera
Andrés Aedo Henríquez
(editores)

Una visión de la adolescencia temprana: género y salud en una comuna suburbana de Santiago de Chile

**UNA VISIÓN DE LA ADOLESCENCIA
TEMPRANA: GÉNERO Y SALUD EN
UNA COMUNA SUBURBANA DE
SANTIAGO DE CHILE**

Este informe fue preparado por el Programa Centro de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y el Centro Coordinador del Estudio Global sobre la Adolescencia Temprana en la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Este informe es el resultado de un trabajo posible gracias al Grant ERC.0003204 Department of Sexual and Reproductive Health and Research/ Human Reproduction Programme of the World Health Organization (WHO) y la participación de la Corporación de Salud y Educación de San Bernardo (CORSABER).

Sitio web [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/overview](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/overview)

Estudio Global sobre la Adolescencia Temprana
2013 East Monument St
Baltimore, Maryland 21231
<https://www.geastudy.org/>

Una visión de la adolescencia temprana: género y salud en una comuna suburbana de Santiago de Chile

Editorial Universidad de Santiago de Chile, 2025
Av. Víctor Jara 3453, Estación Central, Santiago de Chile
Tel.: +56 2 2718 0080
www.editorialusach.cl

© Matilde Maddaleno Herrera y Andrés Aedo Henríquez (editores), 2025

ISBN edición impresa: 978-956-303-734-0
ISBN edición digital: 978-956-303-735-7

Director editorial: Galo Ghigliotto G.
Edición: Consuelo Olguín A.
Diagramación: Andrea Meza V.
Diseño de portada: Ana Ramírez P.
Corrección de textos: Luz María Astudillo

Primera edición, abril 2025

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico o mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo de la editorial.

Impreso en Chile

Matilde Maddaleno Herrera
Andrés Aedo Henríquez
(editores)

**UNA VISIÓN DE LA ADOLESCENCIA
TEMPRANA: GÉNERO Y SALUD EN
UNA COMUNA SUBURBANA DE
SANTIAGO DE CHILE**

Colección
FACIMED
Facultad de Ciencias Médicas



EDITORIAL
USACH

Índice

Prólogo.....	9
Presentación.....	11
Diseño de la investigación.....	13
Resultados de la investigación.....	17
Adolescentes tempranos y normas de género.....	37
Salud general, satisfacción corporal y pubertad.....	57
Salud sexual.....	67
Conclusiones.....	75
Referencias.....	83
Equipo de investigación.....	85
Agradecimientos.....	89

Prólogo

La adolescencia temprana, comprendida entre los 10 y 14 años, constituye un período crítico de transformaciones físicas, emocionales y sociales. Durante esta etapa, se consolidan las bases de la identidad personal y social, mientras se establecen hábitos y actitudes que influirán de manera duradera en la salud y el bienestar de los individuos. El género, como una construcción social y cultural, desempeña un papel preponderante en este proceso de desarrollo, modulando las experiencias, expectativas y oportunidades a las que acceden los/as adolescentes.

El Estudio Global de la Adolescencia Temprana (GEAS) es una iniciativa de investigación cuyo objetivo es comprender el proceso de socialización de género y los factores que intervienen en dicho proceso durante la adolescencia temprana. En Chile, el GEAS se lleva a cabo en colaboración con el Programa Centro de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile, la Corporación de Salud y Educación de San Bernardo, la Universidad Johns Hopkins (JHU), y cuenta con el apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El presente libro aborda una temática de gran relevancia y desafío: el impacto del género en la salud y el bienestar de los/as adolescentes en la etapa temprana. En él se da a conocer el Informe Base del Estudio Global de la Adolescencia Temprana en Chile, proporcionando una primera visión sobre las percepciones de las normas de género, la salud y el bienestar entre los/as adolescentes en este periodo crucial de desarrollo. Desde una perspectiva interdisciplinaria, los/as autores/as examinan cómo las normas y roles de género influyen en la manera en que los/as adolescentes perciben sus cuerpos, interactúan con sus pares y toman decisiones que afectan directamente su calidad de vida.

La adolescencia temprana es una etapa en la que los cambios biológicos, como la pubertad, se entrelazan con factores psicosociales y

culturales, creando un crisol de experiencias que varían considerablemente según el contexto en el que los/as adolescentes se desenvuelven. Las mujeres, por ejemplo, suelen enfrentarse a una presión social mayor en relación con su apariencia física, mientras que los varones se ven impulsados a adoptar comportamientos que refuerzan su independencia y valentía, a menudo en detrimento de su bienestar emocional. Estos patrones, aunque profundamente arraigados en la cultura, no son inevitables. Al cuestionar y transformar las normas de género, podemos generar nuevas oportunidades para que los/as adolescentes vivan esta etapa con mayor equidad y plenitud.

El impacto del género en la salud no se limita a las inequidades a nivel individual, sino que también incide en la manera en que las instituciones, como las escuelas y los sistemas de salud, diseñan y brindan sus programas y servicios. Este libro invita a educadores, profesionales de la salud, responsables de políticas públicas y familias a reflexionar sobre su rol en la construcción de entornos más inclusivos y sensibles al género.

Con un enfoque basado en la evidencia, este libro no solo plantea desafíos, sino también estrategias prácticas para promover el bienestar integral de los/as adolescentes. Es una invitación a repensar esta etapa de la vida como una oportunidad para construir una sociedad más justa y saludable, donde cada adolescente pueda desarrollarse plenamente, libre de los estereotipos y limitaciones impuestos por las normas de género.

A través de estas páginas, encontrarán un análisis detallado sobre aspectos de salud física, salud sexual y reproductiva, y salud mental, junto con un llamado urgente a la acción. La adolescencia temprana es un momento único y transitorio; las decisiones que tomemos hoy pueden tener un impacto duradero en la vida de quienes están destinados a construir el futuro. Este libro puede ser una guía invaluable para quienes deseen acompañar a los adolescentes en este camino, reconociendo el poder transformador que reside en la equidad de género.

Dra. Matilde Maddaleno Herrera
Jefa de Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Santiago de Chile

Presentación

Este libro constituye el primer informe del proyecto Estudio Global de la Adolescencia Temprana (GEAS —Global Early Adolescent Study— por sus siglas en inglés) en su versión chilena. Este proyecto de investigación es un primer estudio multicultural que examina las normas de género y el desarrollo personal en la adolescencia temprana, entre los 10 y 14 años. El estudio GEAS tiene como objetivo ampliar el conocimiento sobre la socialización de género en esta etapa crítica del desarrollo humano, evaluando cómo este proceso influye en las trayectorias de salud y en el comportamiento de hombres y mujeres a lo largo de la adolescencia.

El proyecto GEAS genera evidencia empírica sobre los modos en que las normas de género en la adolescencia temprana afectan los comportamientos y resultados de salud a lo largo del tiempo y cómo este proceso se desarrolla en diferentes entornos culturales y sociales. Los objetivos específicos son: comprender cómo evolucionan las normas de género a lo largo del tiempo y los factores a nivel individual, familiar, comunitario y social que intervienen en este proceso; evaluar cómo las normas de género en la adolescencia temprana predicen los resultados de salud en la adolescencia media y tardía; examinar cómo el empoderamiento puede actuar como mediador en lo que respecta a las normas de género e informa los comportamientos y los resultados de salud; y comparar cómo este proceso difiere entre culturas. Además, el proyecto GEAS se usa en algunos países para evaluar el impacto de las intervenciones transformadoras de género en el cambio de creencias e influencias individuales en las trayectorias de salud a lo largo del tiempo.

Este informe de GEAS-Chile presenta información sobre las características sociodemográficas de los/as adolescentes participantes, sus condiciones familiares y las relaciones con su cuidador/a principal. También explora los vínculos con los grupos de pares, la escuela y el vecindario; las percepciones de inclusión hacia otros géneros; las normas de género

relacionadas con el mito hegemónico; y las relaciones románticas. Además, aborda aspectos relacionados con el “empoderamiento” en la adolescencia temprana, así como experiencias adversas como las agresiones, el acoso escolar y otras formas de violencia. Se incluyen también percepciones sobre la salud general, la comodidad con el propio cuerpo, la salud menstrual, la salud sexual y reproductiva y la salud mental.

Al final del informe, se presentan conclusiones sobre el estado de las normas de género evaluadas y la situación de salud de la cohorte entre 10 y 14 años, acompañadas de recomendaciones en las áreas de salud prioritarias para la adolescencia temprana.

Diseño de la investigación

Instrumentos

Los instrumentos de la encuesta GEAS¹ describen varias dimensiones de la vida de la adolescencia temprana en ámbitos como los sociales, psicológicos, culturales y de salud. Estos ámbitos se trabajan en baterías de ítems organizados en escalas que versan sobre las percepciones de las normas, roles y expectativas de género; junto con el empoderamiento y autonomía individual. También se incluyen experiencias de riesgo y protección en el barrio y escuela; exposición al abuso, violencia y experiencias adversas en la infancia; junto con el contexto social que incluye la estructura y las influencias de los compañeros, los factores socioeconómicos familiares y la conexión familiar y la cohesión del vecindario y la exposición y acceso a medios de comunicación de masas e interactivos. Las principales dimensiones de salud de interés para los indicadores GEAS son la salud mental, física, sexual y reproductiva. Todos los instrumentos se encuentran debidamente validados mediante procesos de investigación *ad hoc*, tanto cualitativos como cuantitativos², para poner énfasis en la comprensión de los ítems por parte de los sujetos de investigación y la cohesión interna de las escalas. Se generaron dos encuestas, una para adolescentes tempranos de 10 a 14 años de edad y otra para padres, madres o tutores/as de los/as sujetos de investigación principal.

1 <https://www.geastudy.org/download-the-measures>

2 <https://www.geastudy.org/download-the-measures>

Pilotaje y pretest global

Los indicadores y escalas de GEAS se desarrollaron en colaboración con una red de investigación global³. Basándose en estudios cualitativos exploratorios se construyeron ítems y sistemas de preguntas que fueron sometidos a pruebas estándar de 120 adolescentes tempranos en cada uno de los quince países incluidos en la red y luego se realizaron pruebas piloto con 75 adolescentes en un subconjunto de seis países. Con esto se elaboró un formulario estandarizado en los quince países de la red, lo que permite una comparabilidad transcultural entre sociedades de distintos continentes y niveles de desarrollo. En el presente informe, al momento de trabajar con escalas basadas en índices, se procederá a describir en general los ítems involucrados en los índices y escalas.

Características del estudio

El Estudio Global de la Adolescencia Temprana (GEAS) en Chile es un estudio panel, proyectado para oleadas sucesivas de encuestas a adolescentes tempranos, con intervalos de uno o dos años en los distintos países del mundo. La población objetivo de la primera oleada son personas dentro del rango de edades entre los 10 y 14 años, a los cuales se les hace un seguimiento en las siguientes oleadas para poder observar los procesos de cambio de este rango etario hacia la adolescencia tardía. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité de Ética de la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE. UU.) y el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Santiago de Chile (Santiago, Chile). El informe fue realizado con el apoyo y la participación de las investigadoras y analistas de datos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y del Programa-Centro de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile.

³ <https://www.geastudy.org/>

Marco geográfico y poblacional en Chile

La recolección de datos se realizó en distintos establecimientos educacionales de la comuna de San Bernardo, localidad suburbana de la ciudad de Santiago. Esta comuna se encuentra totalmente conurbada como parte de una metrópolis de más de 8 millones de personas. Esta localidad se desarrolló durante el siglo xx al alero de empresas estatales, lo que generó un incremento de empleos industriales estables y de un perfil medio, que se agrega al trabajo agrícola que se realizaba en la localidad en grandes y medianos predios durante el siglo xix. La comuna, según el último censo realizado en Chile en 2017, cuenta con 301.216 habitantes y 22.000 personas que están en el rango etario de los 10 a los 14 años. Esta comuna presenta un índice de pobreza estimado que se ubica en un rango intermedio respecto al resto de la ciudad de Santiago (Instituto Nacional de Estadísticas, 2023; Observatorio Social, 2023).

Muestra

Se seleccionaron establecimientos educacionales de modo intencional, como unidad de muestreo, tanto con dependencia municipal como subvencionados. En total, se aplicaron 768 encuestas a adolescentes tempranos. La tasa de participación fue del 40% y la tasa de no respuesta a la encuesta del 10,4%. En este reporte se consideran 688 casos como parte de la línea de base del estudio para Chile, luego de los procedimientos de limpieza de bases de datos.

Recolección de datos

La recolección de datos tuvo dos fases: la primera a fines de 2021 (segundo año de pandemia), siguiendo un método de entrevista autoaplicada vía web y la segunda en 2022, siguiendo un método de entrevista autoaplicada en forma presencial en tabletas electrónicas. En el caso de aplicación vía web los/as investigadores/as enviaban una invitación vía correo electrónico a padres, madres y tutores/as para obtener el consentimiento y luego enviaban el formulario web a los/as estudiantes que podían contestar de manera libre desde teléfonos o aparatos electrónico, dando un asentimiento en formato electrónico. En la aplicación

presencial se invitaba a participar a los/as estudiantes en la escuela, se obtenía el consentimiento informado por escrito de los padres y las madres para participar en la encuesta y luego los/as estudiantes contestaban en la escuela en salas y horarios especialmente habilitados para este fin, firmando un asentimiento por escrito al momento de realizar la entrevista. La participación fue totalmente voluntaria, con posibilidad de retirarse del proceso en cualquier momento, no tenía ninguna compensación para los/as entrevistados/as, excepto una merienda durante la aplicación de la entrevista.

Procedimientos y técnicas de análisis

El análisis estadístico de los datos se realizó en dos etapas. La primera consistió en la aplicación de métodos orientados a la limpieza de la base de datos. Se evaluó validación de rangos, determinación de datos faltantes y análisis de consistencia, con el fin de optimizar el proceso de análisis posterior de los datos recopilados de las variables de interés. Una vez declarada limpia la base de datos, se procedió a hacer un análisis descriptivo exploratorio, cuyo fin es determinar las características sociodemográficas de los/as sujetos de la muestra. Para este análisis se utilizaron herramientas de distribución de frecuencias, medidas de resumen y de dispersión, cuyos resultados fueron presentados en tablas de frecuencia, tablas de asociación y tablas de medidas de resumen, según los niveles de medición de las variables en estudio.

Para el análisis inferencial, se aplicaron estimadores de parámetros y pruebas de hipótesis tales como intervalos de confianza de un 95% para promedios, proporciones, diferencia de promedios y diferencia de proporciones. El análisis estadístico inferencial se realizó utilizando un nivel de significación de 5% en el *software* Stata 17 y R studio 2024 (R Core Team, 2024). Previo a la selección final de las pruebas estadísticas, se evaluaron los supuestos de los métodos estadísticos (tipos de datos, variabilidad, normalidad del set de datos) y de acuerdo con el resultado de esta evaluación se seleccionaron las correspondientes pruebas tanto para la comparación de promedios (t-Student o no paramétrica) como para la comparación de proporciones (Chi2 o Z).

Resultados de la investigación

Características sociodemográficas

La distribución por edades arroja una concentración de la muestra en la edad de 13 años (ver Tabla 1). Se destaca la participación de las mujeres de 13 años de edad, el grupo con menor participación fue el de los varones de 10 años de edad. El 77% de los/as entrevistados/as declaró no pertenecer a un pueblo indígena, asimismo, un 20% declaró pertenecer a la etnia mapuche. Un 71% de la muestra sostiene profesar una religión, donde destaca un 42% de católicos y un 23,6% de evangélicos. En este ítem, quienes que no profesan ninguna religión llegan a un 29,1%, destacando que las mujeres están casi diez puntos porcentuales por encima de los varones con un 33,5% frente a un 23,8% respectivamente.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Edad	Varones	Mujeres	Total	Valor p
10	32 (10,4%)	57 (14,8%)	89 (12,9%)	0,047
11	58 (19%)	84 (21,9%)	142 (20,6%)	
12	79 (25,9%)	73 (19%)	152 (22%)	
13	74 (24,2%)	108 (28,2%)	182 (26,4%)	
14	62 (20,3%)	61 (15,9%)	123 (17,8%)	
Etnicidad	Varones	Mujeres	Total	Valor p
No indígena	129 (78,1%)	175 (76%)	304 (76,9%)	0,877
Mapuche	31 (18,7%)	48 (20,8%)	79 (20%)	
Otra	5 (3%)	7 (3%)	12 (3%)	
No sabe/No responde	3	8	11	

Religión	Varones	Mujeres	Total	
Ninguna	60 (23,8%)	101 (33,5%)	161 (29,1%)	0,068
Católica	116 (46%)	118 (39,2%)	234 (42,3%)	
Evangélica	61 (24,2%)	70 (23,2%)	131 (23,6%)	
Otra	15 (5,9%)	12 (3,9%)	27 (4,8%)	
No sabe/No responde	53	82	135	

Dentro de las características sociodemográficas se realizaron preguntas sobre migración nacional e internacional a los padres, las madres y tutores/as de los/as adolescentes (ver Tabla 2). Se puede apreciar que los/as adolescentes nacidos/as en Santiago son el 88,7% de la muestra frente a un registro del 11,3% de adolescentes no nacidos/as en la zona. Una situación distinta se ve en los/as cuidadores/as principales, dado que los/as nacido/as en Santiago llegan al 75,3%, frente a un 24,6% de cuidadores/as que han realizado procesos de migración internacional y nacional.

Tabla 2. Migración adolescente y de su cuidador/a

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
*Adolescentes nacidos en Santiago				0,675
No	11,8%	10,8%	11,3%	
Sí	87,7%	89,2%	88,7%	
No sabe/ No responde	1	0	1	
*Cuidador principal nacido en Santiago				0,630
No	23,6%	25,3%	24,6%	
Sí	76,3%	74,6%	75,3%	
No sabe/ No responde	0	0	0	
*Estos indicadores fueron calculados gracias a los registros combinados de las bases de datos de padres, madres y adolescentes que pasaron los filtros de calidad de los datos (criterios de exclusión).				

Al interior de la categoría de migración (ver Tabla 3) podemos observar que la mayoría de los/as cuidadores/as son migrantes nacionales con un 62,2%, mientras que los/as migrantes internacionales equivalen al 37,7% de los/as migrantes en general. Dado esto, los/as inmigrantes internacionales representan el 9% del total de cuidadores/as principales en la muestra.

Tabla 3. Migración cuidadores

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Migración internacional ¹				0,110
No	54,8%	67,9%	62,2%	
Sí	45,1%	32,1%	37,7%	
*Estos indicadores fueron calculados gracias a los registros combinados de las bases de datos de padres, madres y adolescentes que pasaron los filtros de calidad de los datos (criterios de exclusión).				

Respecto a la situación económica del hogar del adolescente, se desarrolló una variable índice de bienestar material, que se construyó preguntando a padres, madres y tutores/as por la presencia y funcionamiento de una serie de bienes en el hogar. Estos van desde disponibilidad de ducha y agua potable en el hogar hasta contar con hornos, microondas, refrigeradores y lavavajillas, pasando por automóviles y bicicletas. Dichos bienes fueron separados en quintiles dando cinco grupos de bienestar material. Como se puede apreciar (ver Tabla 4), la distribución de los casos es bastante homogénea, destacando el quintil superior con un 21,6% y el tercer quintil con un 20,9 %. En los quintiles más bajos, como el 1 y el 2, se logra agrupar al 38,6% de la muestra.

Respecto al empleo del cuidador/a principal, puede apreciarse que un 57,6% de los casos es parte de la población económicamente activa, contando con un empleo en la actualidad o en busca de un empleo. Del mismo modo, es importante mencionar que el 42,3% de los/as adolescentes cuentan con un/a cuidador/a principal que realiza tareas dentro del hogar.

Tabla 4. Situación económica en el hogar

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
*Índice bienestar material⁴				
Quintil inferior	13,1%	19,2%	19,3%	0,238
Segundo quintil	15,7%	17,1%	19,3%	
Tercer quintil	19,4%	16,5%	20,9%	
Cuarto quintil	17,9%	14,3%	18,7%	
Quintil superior	17,5%	19,2%	21,6%	
No sabe/No responde	44	44	88	
*Empleo cuidador principal				
No	43,9%	39,6%	42,3%	0,408
Sí	55,2%	57,6%	57,6%	
No sabe/No responde	2	8	10	
*Estos indicadores fueron calculados gracias a los registros combinados de las bases de datos de padres, madres y adolescentes que pasaron los filtros de calidad de los datos (criterios de exclusión).				

Familia

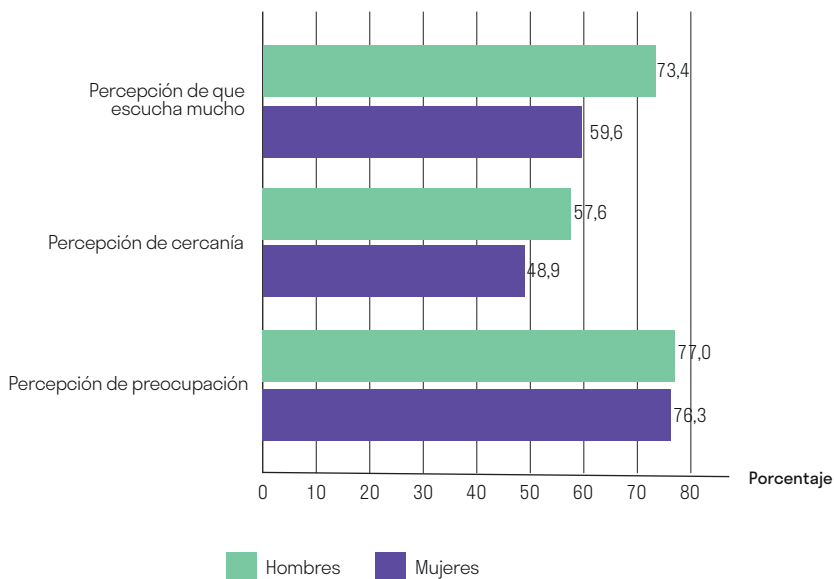
En cuanto a la composición de la familia de la muestra (ver Tabla 5), se puede apreciar que el 66% de los/as entrevistados/as señalan vivir con su padre y su madre y casi un tercio de ellos refieren vivir en familias monoparentales, con un 29,9%. Apenas un 5% reporta no tener hermanos/as, mientras que quienes tienen 1 o 2 hermanos/as llegan a ser un 55%, esto desciende rápidamente a 33,3% para quienes tienen 3 a 5 hermanos/as y las familias de seis o más llegan al 7%. El 49,4% reporta tener hermanos/as de ambos géneros.

4 Este indicador lleva por nombre en inglés *wealth index*. Se tradujo de esta manera para adecuarlo al español.

Tabla 5. Familia

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Composición hogar				0,598
Padre y madre	68,2%	64,4%	66%	
Monoparental	28,5%	31,1%	29,9%	
Abuelos/as	2,3%	3,6%	3%	
Otro familiar	0,9%	0,7%	0,8%	
No sabe/No responde	0	1	1	
Número de hermanos/as				0,548
Sin hermanos/as	5,4%	4,5%	4,9%	
1-2 hermanos/as	54,4%	54,9%	54,7%	
3-5 hermanos/as	34,5%	32,3%	33,3%	
6 o más hermanos/as	5,4%	8%	6,9%	
No sabe/No responde	13	12	25	
Género hermanos/as				0,846
Sin hermanos/as	5,4%	4,5%	4,9%	
Solo hermanas	18,8%	21%	20%	
Solo hermanos	26,3%	24,8%	25,4%	
Ambos	49,3%	49,6%	49,4%	
No sabe/No responde	3	3	6	

En el plano de la percepción sobre la relación con su cuidador/a, en el Gráfico 1 se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los géneros. En la percepción de sentirse escuchados/as por sus cuidadores/as, las mujeres reportaron un 59,6%, mientras que los varones reportaron un 73,3%. En términos de la percepción de cercanía con su cuidador/a, las mujeres reportaron un 49%, mientras que los varones un 58%. Respecto a la percepción de los/as adolescentes tempranos de ser un objeto de preocupación para sus cuidadores/as, en general se presentó un alta percepción de preocupación en ambos géneros.

Gráfico 1. Percepciones sobre la relación con el/la cuidador/a principal

La percepción de los/as adolescentes tempranos sobre las expectativas educativas de sus cuidadores/as (ver Tabla 6) muestra que un 52,2% anticipa su asistencia a la educación técnica, mientras que un 41,7% prevé la educación universitaria. Al desglosar estos datos por género, se observa que la brecha entre educación técnica y universitaria es menor en las mujeres, quienes reportan una expectativa del 49,8% para educación técnica y del 45,3% para educación universitaria. En contraste, los varones presentan un 55,4% de expectativa para educación técnica y un 37% para educación universitaria.

En cuanto a las expectativas de los/as cuidadores/as sobre el matrimonio, el 68,3% de los/as adolescentes percibe que tienen expectativas de autonomía en esta decisión, mientras que un 18,2% percibe que sus cuidadores/as no esperan que contraigan matrimonio. Aquí se encontraron diferencias significativas entre géneros en las categorías “Casarse al terminar la escuela” y “No esperan que me case”. En la primera, un 19,4% de los varones perciben la expectativa de casarse tras terminar la escuela, frente a un 8,8% en las mujeres. En la segunda categoría, el 12,1% de los varones percibe que sus cuidadores/as no esperan que se casen, en comparación con un 22,8% en las mujeres.

Tabla 6. Percepción de expectativas de los/as cuidadores/as

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Percepción de expectativas de estudios				0,083
Educación media o menor	7,1%	3,9%	5,3%	
Educación técnica/ educación técnica superior	55,4%	49,8%	52,2%	
Educación universitaria	37%	45,3%	41,7%	
Otra	0,3%	0,8%	0,6%	
No sabe/No responde	37	30	67	
Percepción de expectativas de matrimonio				<0,001
Después de graduarme de educación media o antes	19,4%	8,8%	13,4%	
Cuando yo decida casarme	68,4%	68,2%	68,3%	
Ellos no esperan que yo me case	12,1%	22,8%	18,2%	
No sabe/No responde	98	110	208	

Pares

En cuanto a las relaciones de los/as adolescentes tempranos con sus pares, se preguntaron aspectos como el género y el número de las amistades (ver Tabla 7), destacando que un 30% de las mujeres reportó no tener amistades masculinas, mientras que en los varones esta cifra es del 10%. Tanto mujeres como varones reportan tener entre 1 y 3 amigos varones, la diferencia aumenta en grupos de más de tres amigos: un 43,7% de los varones reporta tener grupos grandes de amigos varones, frente a un 18,2% de las mujeres. Al analizar el número de amistades femeninas, el 30,5% de los varones indica no tener ninguna amiga, en contraste con un 7,7% de las mujeres. En la categoría de 1 a 3 amigas, los varones representan el 49,1% de los casos y las mujeres un 53,2%. En cuanto a grupos de más de tres amigas, los varones descienden a un 20,2%, mientras que las mujeres se mantienen en un 39%.

Un 58,5% de los/as adolescentes pasa entre 1 y 2 días a la semana con amigos/as, y un 32,9% reporta verlos casi todos los días. Existen

diferencias estadísticamente significativas entre géneros en esta variable; aunque tanto mujeres como varones se concentran en la categoría de 1 a 2 días a la semana, las mujeres alcanzan un 66% y los varones un 48,9%. En las categorías de 3 a 4 días y casi todos los días, los varones superan a las mujeres; en esta última categoría, un 39,7% de los varones ve a sus amigos casi todos los días, en comparación con un 27,5% de las mujeres.

Tabla 7. Grupos de pares

Número de amigos varones	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Sin amigos varones	10%	30,5%	21,4%	<0,001
Entre 1 y 3	46,2%	51,2%	49%	
Más de 3	43,7%	18,2%	29,5%	
No sabe/No responde	15	16	31	
Número de amigas (mujeres)				
Sin amigas mujeres	30,6%	7,7%	17,7%	<0,001
Entre 1 y 3	49,1%	53,2%	51,4%	
Más de 3	20,2%	39%	30,8%	
No sabe/No responde	18	9	27	
Tiempo promedio que se junta con amigos/as a la semana				
1-2 días	48,9%	66%	58,5%	<0,001
3-4 días	11,4%	6,3%	8,5%	
Casi todos los días	39,7%	27,5%	32,9%	
No sabe/No responde	16	17	33	

Al explorar a percepción de los/as entrevistados/as sobre las actitudes de sus pares (ver Tabla 8), se observó que el 97,5% considera que su grupo valora “estudiar mucho”. Sin embargo, en cuanto a la importancia de “ser popular en el grupo de amigos/as”, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los géneros: el 70,6% de los varones lo considera importante, en comparación al 55% de las mujeres. Respecto a la relevancia de “contar con una pareja”, un 73,1% afirmó que es importante, sin diferencias por género.

Respecto a la percepción del consumo de sustancias como cigarrillos y alcohol en los grupos de pares, no se observaron diferencias mayores en el consumo de alcohol, aunque la percepción de consumo fue ligeramente mayor entre las mujeres. En el caso de los cigarrillos, la percepción es que las mujeres consumen más que los varones, con un 14% y un 7,7%, respectivamente.

Tabla 8. Actitudes y consumo de sustancias en el grupo de pares

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Importancia de estudiar harto				
No	2,6%	2,3%	2,4%	0,822
Sí	97,3%	97,6%	97,5%	
No sabe/No responde	22	24	46	
Importancia de ser popular				
No	29,3%	44,9%	38,1%	<0,001
Sí	70,6%	55%	61,8%	
No sabe/No responde	53	60	113	
Importancia de tener un pololo/a				
No	24%	29,1%	26,9%	0,188
Sí	76%	70,8%	73%	
No sabe/No responde	63	63	126	
Amigos/as cercanos/as que fuman (cigarrillos)				
No	92,2%	85,9%	88,6%	0,016
Sí	7,7%	14%	11,3%	
No sabe/No responde	31	24	55	
Amigos/as cercanos/as que beban alcohol				
No	84,2%	82,5%	83,2%	0,602
Sí	15,7%	17,4%	16,7%	
No sabe/No responde	41	38	79	

Escuela

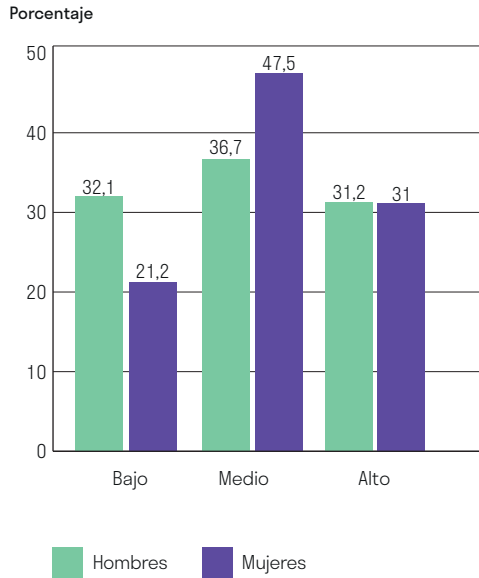
En cuanto al nivel de escolaridad de los/as entrevistados/as (ver Tabla 9), se observa una distribución homogénea dentro de los cursos correspondientes a las edades del estudio. Este elemento es relevante, pues da cuenta de una participación equilibrada de los/as adolescentes en el estudio y la consistencia en los porcentajes entre los distintos cursos, lo que asegura una distribución uniforme en términos de género y nivel escolar. Destacan una mayor presencia de varones en octavo básico y las mujeres en séptimo básico.

Tabla 9. Nivel de escolaridad

Nivel escolar	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Cuarto básico	1,6%	1,3%	1,4%	0,959 [^]
Quinto básico	20,9%	23,2%	22,2%	
Sexto básico	21,3%	21,4%	21,3%	
Séptimo básico	23,6%	24%	23,8%	
Octavo básico	25,9%	23,2%	24,4%	
Primero medio	6,5%	6,7%	6,6%	

El perfil de recursos de la escuela, se construye a partir de una serie de ítems que indagan sobre los recursos disponibles según lo perciben los/as adolescentes tempranos. Estos recursos incluyen la presencia de baños, agua corriente, jabón, computadores y salas para talleres y deportes. Con base en estos elementos se desarrollan perfiles de escuelas clasificados en altos, medios y bajos recursos. Según esta clasificación en el Gráfico 2 se puede observar que el 26% refiere estar en una escuela de bajos recursos, un 42,7% en uno de recursos medios y un 31% en uno de altos recursos. Sin embargo, en las escuelas de recursos medios y bajos se destacan diferencias estadísticamente significativas: un 47,5% de las mujeres asiste a escuelas de recursos medios, frente a un 36,7% de los varones. En cambio, en las escuelas de bajos recursos la asistencia es mayor en varones, con un 32,1%, frente a un 21,1% de las mujeres.

Gráfico 2. Nivel de recursos de los colegios



Respecto a la asistencia a la escuela (ver Tabla 10), un 61% de los/as adolescentes que reportaron haber faltado alguna vez en el año lo hizo debido a una enfermedad. La ausencia para ayudar en casa fue mencionada por un 6,3%, siendo más alta en los varones con un 7,4% frente a un 5,4% en las mujeres. En el caso de ausencia por cuidar a niños/as, este motivo llega al 4,5%, siendo más alto en los varones con un 6,1% frente a un 3,3% en las mujeres. Faltar a la escuela por trabajo solo se registró 1 caso en las mujeres, mientras que faltar a la escuela por salir con amigos/as registró 7 casos y por estudiar para examen 5 casos.

Tabla 10. Motivos de ausencias en la escuela

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Falta a la escuela por enfermedad				0,468
No	36,7%	40,6%	38,9%	
Sí	63,2%	59,3%	61%	
Falta a la escuela por no pagar la mensualidad del colegio				0,588[^]
No	98,6%	99,4%	99%	
Sí	1,3%	0,5%	0,9%	
Falta a la escuela por ayudar en casa				0,463
No	92,5%	94,5%	93,6%	
Sí	7,4%	5,4%	6,3%	
Falta a la escuela por cuidar a niños/as				0,222
No	93,8%	96,7%	95,4%	
Sí	6,1%	3,3%	4,5%	
Falta a la escuela por trabajo asalariado				1,000[^]
No	100%	99,4%	99,7%	
Sí	0%	0,5%	0,3%	
Falta a la escuela por estar con amigos/as				0,467[^]
No	98,6%	97,2%	97,8%	
Sí	1,3%	2,7%	2,1%	
Falta a la escuela por estudiar para examen				0,660[^]
No	97,9%	98,9%	98,4%	
Sí	2%	1,1%	1,5%	

Respecto a las expectativas educativas de los/as adolescentes tempranos (ver Tabla 11), el 75,4% aspira a alcanzar una educación universitaria o superior, mientras que un 20,6% se conforma con completar la educación media. Existen diferencias estadísticamente significativas entre géneros: un 82% de las mujeres manifiesta expectativas de educación superior, frente a un 15% que se enfoca en finalizar la educación media. En contraste, entre los varones, un 66,3% aspira a entrar a la universidad y un 27,8% se proyecta solo hasta la educación media.

Tabla 11. Expectativas de educación

Expectativas de educación	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Educación básica o menos	5,8%	2,5%	3,9%	<i><0,001</i>
Educación media o menos	27,8%	15%	20,6%	
Educación universitaria o superior	66,3%	82,4%	75,4%	
No sabe / No responde	32	30	62	

A los/as adolescentes tempranos se les consultó sobre las carreras o especialidades que esperan, ya sea a nivel técnico o universitario. Dentro de estas, las denominadas carreras STEM (Science, Technology, Engineering, and Mathematics, por sus siglas en inglés) de Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas, concentraron en general el 38,7% de las preferencias (ver Tabla 12). Al analizar por género, se observa que un 44,7% de los varones opta por carreras STEM, mientras que en las mujeres esta elección alcanza el 33,7%.

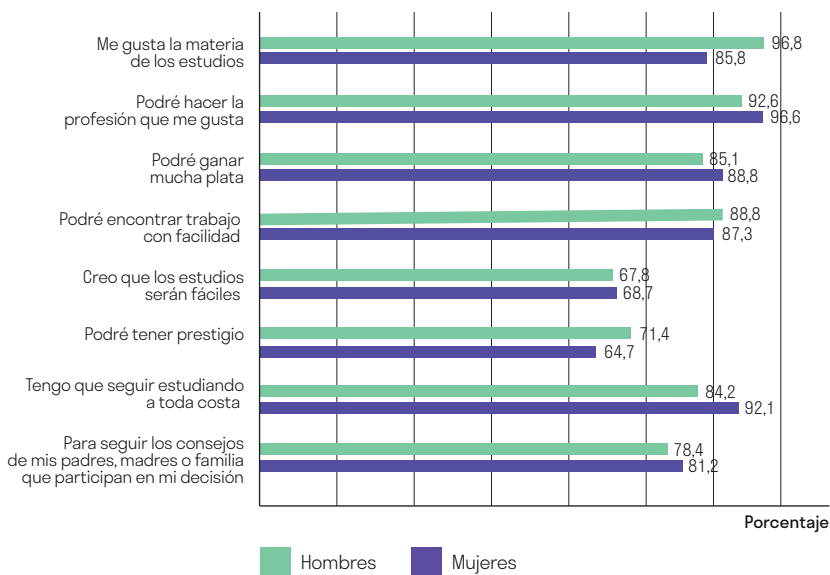
Tabla 12. Carreras STEM según género en adolescentes tempranos

STEM	Varones	Mujeres	Total	Valor p
No STEM	25,2%	26%	25,6%	<i>0,021</i>
STEM (Ciencia, tecnología, ingeniería, matemáticas)	44,7%	33,7%	38,7%	
Otra	30%	40,2%	35,5%	
No sabe/ No responde	75	107	182	

Entre los/as adolescentes que se orientan hacia carreras o especialidades STEM, las razones más importantes para considerar este tipo de estudios muestran diferencias de género (ver Gráfico 3). En el caso de las mujeres las principales motivaciones incluyen el deseo de ejercer una profesión que les guste, obtener recompensas monetarias; seguir estudiando a toda costa y seguir los consejos de sus padres. Mientras que los

varones destacan principalmente el gusto por la materia que estudiarán y el prestigio asociado a la carrera elegida.

Gráfico 3. Motivos para estudiar profesiones STEM



Barrio

Las percepciones de los/as adolescentes sobre su barrio se exploraron a través de una serie de preguntas sobre cohesión social, percepción de seguridad y control social (ver Tabla 13). La cohesión social se evaluó a través de ítems que indagan confianza mutua, familiaridad, cuidado y solidaridad en la vecindad. Las percepciones de seguridad en el vecindario se midieron en función de las sensaciones de amenaza o inseguridad que los/as adolescentes experimentan en la escuela, en el trayecto a ella o en su comunidad. El control social vecinal se describe mediante las expectativas de los/as adolescentes tempranos de que las personas adultas intervendrán en situaciones adversas.

En el contexto chileno, los/as adolescentes tempranos tienen una percepción positiva en un 69% de que la gente del barrio cuida y ayuda

a sus vecinos/as. Sin embargo, la confianza se muestra más limitada: solo el 56,3% está de acuerdo con la afirmación “Se puede confiar en las personas de mi barrio”. Respecto al reconocimiento que perciben los/as adolescentes tempranos, un 67,3% da cuenta de ser reconocidos/as por parte de la vecindad. Sin embargo, esto no se traduce en una percepción de cuidado o protección, dado que un 63,9% sostiene no estar de acuerdo con que las personas del barrio cuidan de ellos/as.

De este modo, un 80% de los/as adolescentes tempranos no tiene una percepción positiva de su barrio, es más alta en las mujeres con un 83,4% frente a los varones que marcan un 77,7%.

Tabla 13. Percepción del barrio

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Porcentaje de acuerdo con: “La gente de mi barrio cuida y ayuda a su vecindad”				0,446
No	29,2%	32%	30,8%	
Sí	70,7%	67,9%	69,1%	
No sabe/No responde	38	37	75	
Porcentaje de acuerdo con: “Se puede confiar en las personas de mi barrio”				0,102
No	40%	46,7%	43,6%	
Sí	60%	53,2%	56,3%	
No sabe/No responde	40	62	102	
Porcentaje de acuerdo con: “Las personas de mi barrio saben quién soy”				0,652
No	33,5%	31,8%	32,6%	
Sí	66,4%	68,1%	67,3%	
No sabe/No responde	31	44	75	
Porcentaje de acuerdo con: “Las personas de mi barrio cuidan de mí”				0,176
No	60,9%	66,5%	63,9%	
Sí	39%	33,4%	36%	
No sabe/No responde	62	93	155	
Percepción positiva del barrio (respuestas confirmatorias a los cuatro ítems anteriores)				0,061
No	77,7%	83,4%	80,9%	
Sí	22,3%	16,5%	19,1%	

En cuanto a la sensación de amenaza en la escuela (ver Tabla 14), un 25,8% de los/as adolescentes entrevistados/as reporta sentir amenaza o inseguridad en ese entorno. La fuente principal de esta percepción de amenaza no son personas adultas o profesores/as, sino sus propios compañeros/as de clase u otros/as estudiantes, con un 62,5% frente a un 12,5% atribuido a profesores/as y otras personas adultas.

La situación es diferente en el contexto del barrio o vecindario, donde un 46,5% reportan sentirse amenazados/as por adultos/as, mientras que la percepción de amenaza proveniente de sus pares alcanza a un 21%. Un 85% afirma tener a alguien a quien acudir en caso de sentirse amenazados/as.

Tabla 14. Sensación de amenaza

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Sensación de amenaza en el barrio o escuela				
No	76,9%	72%	74,1%	0,162
Sí	23%	28%	25,8%	
No sabe/No responde	40	33	73	
Sensación de amenaza en la escuela a causa de personas adultas o profesores/as				
No	93,7%	81,2%	87,5%	0,560[^]
Sí	6,2%	18,7%	12,5%	
Sensación de amenaza en la escuela a causa de compañeros/as de clases u otros/as estudiantes				
No	25%	50%	37,5%	0,144
Si	75%	50%	62,5%	
Sensación de amenaza en la escuela a causa de otros/as				
No	87,5%	87,5%	87,5%	1,000[^]
Sí	12,5%	12,5%	12,5%	
Sensación de amenaza en el barrio a causa de personas adultas				
No	56,2%	51,6%	53,5%	0,567
Sí	43,7%	48,3%	46,5%	
Sensación de inseguridad en el barrio por otros/as chicos/as de mi edad				
No	71,8%	82,8%	78,3%	0,103
Sí	28,1%	17,2%	21,6%	

Sensación de inseguridad o amenaza en el barrio a causa de otros/as				0,620
No	56,2%	60,2%	58,6%	
Sí	43,7%	39,7%	41,4%	
Tienes alguna persona a quien acudir si sientes inseguridad o amenaza				0,776
No	15,6%	14,2%	14,8%	
Sí	84,3%	85,7%	85,1%	
No sabe/No responde	11	27	38	
Sensación de inseguridad ahora				0,265
No	91%	86,4%	88,3%	
Sí	8,9%	13,5%	11,6%	
No sabe/No responde	6	27	33	

En relación con la escala de control social ejercido por personas adultas en el vecindario (ver Tabla 15), los/as adolescentes tempranos perciben que los/as adultos/as son más propensos a intervenir en situaciones de daño a la propiedad material que en casos de conflictos personales, como peleas o intimidación. Específicamente, un 71,5% cree que las personas adultas intervendrían si se daña propiedad material, en comparación con un 66,4% en casos de peleas y un 64% en situaciones de intimidación. Además, el grafiti es la práctica social que presenta la menor percepción de intervención por parte de los/as adultos/as con 56,6%.

Tabla 15. Escala de control social

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Una persona adulta de tu vecindario intervendrá en situaciones donde jóvenes estuviera dañando propiedad material				0,627
No	27,4%	29,3%	28,4%	
Sí	72,5%	70,6%	71,5%	
No sabe/No responde	61	97	158	

Una persona adulta de tu barrio vecindario intervendrá en situaciones donde jóvenes estuvieran pintando paredes (grafiti)				0,910
No	43,6%	43,1%	43,3%	
Sí	56,4%	56,8%	56,6%	
No sabe/No responde	55	63	118	
Una persona adulta de tu barrio vecindario intervendrá en situaciones donde jóvenes estuvieran intimidando o amenazando a otra persona				0,768
No	35,2%	36,4%	35,9%	
Sí	64,7%	63,5%	64%	
No sabe/No responde	61	62	123	
Una persona adulta de tu barrio vecindario intervendrá en situaciones donde jóvenes estuvieran peleando con otra persona				0,608
No	32,4%	34,4%	33,5%	
Sí	67,5%	65,5%	66,4%	
No sabe/No responde	49	49	98	
Promedio ± Desviación estándar	2,74 ± 0,91			0,925
Alpha Ordinal (N=454)*	0,86			

Acceso a medios de comunicación

En términos del acceso a medios de comunicación de masas y medios interactivos, se investigaron aspectos como la disponibilidad de dispositivos, la exposición a los medios y el uso que los/as adolescentes les dan. Los resultados muestran que un 98,1% tienen acceso a la televisión y un 54,3% tiene acceso a la radio. Respecto a los medios interactivos, el 82,9% dispone de un computador o *Tablet*, un 94,3% tiene acceso a un teléfono celular y un 90,2% tiene acceso a redes sociales. Con respecto a la exposición al principal medio de comunicación de masas, el 52,7% ve televisión entre una y dos horas diarias.

Tabla 16. Medios de comunicación

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Acceso a televisión				0,894
No	1,9%	1,8%	1,8%	
Sí	98%	98,1%	98,1%	
Acceso a radio				0,229
No	48,2%	43,6%	45,6%	
Sí	51,8%	56,4%	54,3%	
Acceso a computador o <i>Tablet</i>				0,429
No	15,7%	18%	17%	
Sí	84,2%	81,9%	82,9%	
Acceso a teléfono celular				0,016
No	3,2%	7,5%	5,6%	
Sí	96,7%	92,4%	94,3%	
Acceso a redes sociales				0,856
No	9,5%	9,9%	9,7%	
Sí	90,4%	90%	90,2%	
Tiempo diario viendo televisión				0,068
Nunca	9,3%	6,6%	7,8%	
Cerca de una hora o menos	35,5%	30,1%	32,5%	
Cerca de dos horas	21,5%	19%	20,2%	
Cerca de tres horas	12,6%	16,5%	14,7%	
Cerca de cuatro y cinco horas	8,6%	14,6%	11,9%	
Cinco horas y más	12,2%	12,9%	12,6%	
No sabe/No responde	4	21	25	

En cuanto al uso de medios interactivos (ver Tabla 17), se observa un uso intensivo y frecuente, con un 23,9% de los/as adolescentes dedicando al menos una hora diaria y un 21,9% empleando cinco horas o más en estos medios. Del total, el 40,2% los utiliza diariamente para contactar a amigos/as, con una mayor proporción de mujeres en esta categoría, arrojando un 46,3%. Por otro lado, los varones predominan en la categoría de contacto con amigos/as menos de una vez por semana, alcanzando un 46,5%.

Al analizar el uso del teléfono o el computador específicamente para hablar con amistades, se evidencia que un 52,2% lo hace menos de una vez por semana, mientras que un 19,2% no utiliza estos medios para comunicarse con amigos/as en absoluto.

Tabla 17. Medios de comunicación interactivos

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Tiempo diario en medios interactivos				<i>0,321</i>
Nunca	9,1%	7,6%	8,3%	
Cerca de una hora o menos	27,4%	21%	23,9%	
Cerca de dos horas	16,9%	17,2%	17,1%	
Cerca de tres horas	14,9%	15,3%	15,1%	
Cerca de cuatro y cinco horas	12,5%	14,4%	13,6%	
Cinco horas y más	18,9%	24,3%	21,9%	
No sabe/No responde	10	17	27	
Frecuencia de contacto con amistades usando redes sociales				<i>0,005</i>
Nunca	12,1%	8,2%	9,9%	
Menos que semanalmente	46,5%	37,7%	41,6%	
Semanalmente	8,6%	7,6%	8%	
Diario	32,6%	46,3%	40,2%	
No sabe/No responde	9	13	22	
Frecuencia de hablar con amistades por teléfono o computador				<i>0,416</i>
Nunca	19%	19,3%	19,2%	
Menos que semanalmente	50,5%	53,5%	52,2%	
Semanalmente	10,6%	6,9%	8,5%	
Diario	19,7%	20,1%	20%	
No sabe/No responde	5	3	8	

Adolescentes tempranos y normas de género

Estilos de comunicación e inclusión

El proyecto GEAS desarrolló una serie de viñetas ilustradas para evaluar las diferencias de género en los estilos de comunicación y las interacciones con otros géneros. Estas viñetas presentan historias que se les muestran a los/as adolescentes para indagar cómo se posicionan ante situaciones específicas y cómo evalúan sus propias actitudes o comportamientos en relación con su entorno habitual.

La primera viñeta se centra en el estilo de comunicación en el contexto del cortejo y el inicio de relaciones románticas entre varones y mujeres. A partir de sus respuestas se creó una escala de comunicación que incluye estrategias directas, indirectas y no comunicativas (evitación).

La segunda viñeta examina las reacciones de los/as adolescentes tempranos hacia la creación de relaciones sociales con personas de otros géneros. Esta viñeta aborda percepciones de inclusión en actividades como juegos y conversaciones, y plantea una situación en la que varones desean integrarse en grupos de mujeres y viceversa. Las respuestas se categorizan en actitudes de exclusión, inclusión parcial e inclusión completa, permitiendo observar cómo perciben la interacción social entre géneros en contextos mixtos.

En el caso chileno, los estilos de comunicación (ver Tabla 18) muestran que un 69,2% de los/as adolescentes entrevistados/as prefieren un estilo de comunicación directa. Esta preferencia presenta una diferencia estadísticamente significativa entre géneros: el 75,9% de los varones opta por un estilo directo, en comparación con el 63,6% de las mujeres. Las formas de comunicación evitativas ocupan el segundo lugar, con un 19,3% de preferencia general, siendo más comunes entre las mujeres, con un 24,9% de las preferencias mientras que el 12,4% de los varones optó por ese estilo.

Tabla 18. Estilos de comunicación

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Estilos de comunicación				<i>0,001</i>
Evitativa	12,4%	24,9%	19,3%	
Indirecta	11,7%	11,4%	11,5%	
Directa	75,9%	63,6%	69,2%	
No sabe/No responde	37	94	81	

En el caso de los niveles de inclusión de la diversidad sexual (ver Tabla 19), los resultados muestran que un 83% de los/as adolescentes adopta una postura de inclusión completa y un 9,78% de exclusión. Este indicador presenta diferencias estadísticamente significativas entre géneros: un 87,7% de las mujeres se sitúa en la categoría de inclusión completa, en comparación con un 76,8% de los varones. Por otro lado, los varones registran un mayor porcentaje en las categorías de exclusión, con un 13,5% frente al 6,8% de las mujeres.

Tabla 19. Inclusión de diversidad sexual

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Nivel de inclusión de diversidad sexual				<i>0,001</i>
Exclusión	13,5%	6,8%	9,7%	
Inclusión parcial	9,6%	5,3%	7,1%	
Inclusión completa	76,8%	87,7%	83%	
No sabe/No responde	42	28	70	

Normas de género tradicionales

El género se refiere a los roles, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera adecuados para hombres y mujeres. A diferencia del sexo biológico, el género es una construcción social, la cual varía entre culturas y cambia a lo largo del tiempo. Las normas de género son reglas sociales que dictan cómo deben comportarse las personas en función de los roles sociales asignados a su género, generando expectativas en las interacciones de las organizaciones sociales. Estas normas influyen en aspectos como la expresión emocional, las ocupaciones, la dinámica familiar y las relaciones interpersonales.

La exploración de las normas de género tradicionales examina los rasgos estereotípicos de género como características culturalmente atribuidas a las masculinidades y feminidades, por ejemplo, contrastando la “dureza” masculina con la “delicadeza” femenina. También analiza los roles de género dentro de las relaciones sociales, ya sean domésticas o de pareja, donde se indaga sobre las formas de subordinación entre géneros.

Para evaluar estas percepciones se desarrollaron escalas que abordan dimensiones específicas, entre ellas las actitudes hacia las relaciones románticas con ítems que miden las condiciones en que mujeres y varones esperan desarrollar sus relaciones románticas, como poder pasar tiempo a solas con la pareja. El doble estándar de género, medido con ítems que dan cuenta de actitudes hacia situaciones que son recompensadas en un género, pero sancionadas en otro, como el número de parejas. También los rasgos estereotipados de género definidos como características asignadas a la persona derivados de la visión tradicional sobre los géneros. Y finalmente, los roles estereotipados de género que evalúa las actitudes hacia la subordinación femenina como modo en que se deben relacionar mujeres y varones en el hogar.

En el contexto chileno, las escalas de normas de género (ver Tabla 20) revelan un alto nivel en las expectativas románticas, con un puntaje promedio de 3,83 en una escala de 1 a 5. En el caso del doble estándar sexual que mide sanciones y recompensas diferenciadas en las relaciones románticas para varones y mujeres, se aprecia un nivel bajo con un puntaje promedio de 2,80.

Esta tendencia de promedios bajos también se observa en la escala de estereotipos de género, con un puntaje promedio de 2,82, y en la escala de roles estereotipados de género en la familia, que alcanza un promedio de 2,22. En ambas escalas, se encuentran diferencias estadísticamente

significativas entre géneros. En el caso de los estereotipos de género, los hombres presentan un puntaje promedio de 3,17, mientras que las mujeres alcanzan un promedio de 2,8. Respecto a los roles familiares, en el modelo de familia patriarcal —que implica dominación masculina y subordinación femenina— también se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres: las mujeres obtienen un promedio de 1,96, mientras que los hombres alcanzan un promedio de 2,54. Estos resultados evidencian diferencias en la intensidad del rechazo a las normas estereotipadas de roles de género.

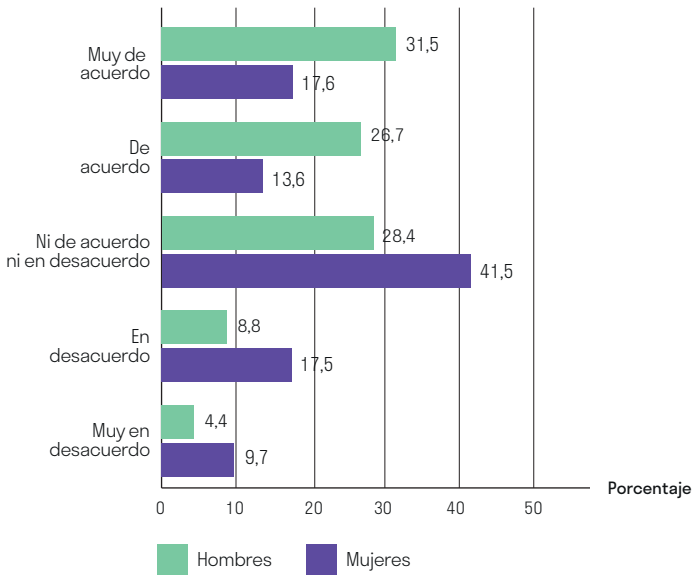
Tabla 20. Normas de estereotipos de género

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Expectativas románticas de los y las adolescentes				
Promedio ± Desviación estándar	3,85 ± 0,82	3,81 ± 0,83	3,83 ± 0,83	0,552
<i>Alpha</i> ordinal			0,86	
Puntaje de escala de doble estándar sexual				
Promedio ± Desviación estándar	2,80 ± 0,80	2,80 ± 0,95	2,80 ± 0,89	0,974
<i>Alpha</i> ordinal			0,85	
Puntaje de rasgo estereotípico de género				
Promedio ± Desviación estándar	3,17 ± 0,78	2,54 ± 0,86	2,82 ± 0,88	<0,001
<i>Alpha</i> ordinal			0,86	
Puntaje de roles estereotípicos de género				
Promedio ± Desviación estándar	2,54 ± 0,94	1,96 ± 0,84	2,22 ± 0,93	<0,001
<i>Alpha</i> ordinal			0,87	
*El <i>Alpha</i> ordinal fue calculado entre todas las observaciones con información completa de todos los ítems.				

En los gráficos siguientes se observa cómo se posicionan varones y mujeres respecto a las afirmaciones sobre los estereotipos y las relaciones de género, confirmando lo expresado en el resumen de las escalas. En el Gráfico 4 se evalúa el estereotipo de género que apoya la defensa de los varones incluso hasta los niveles de la violencia física, el 58,3% de los

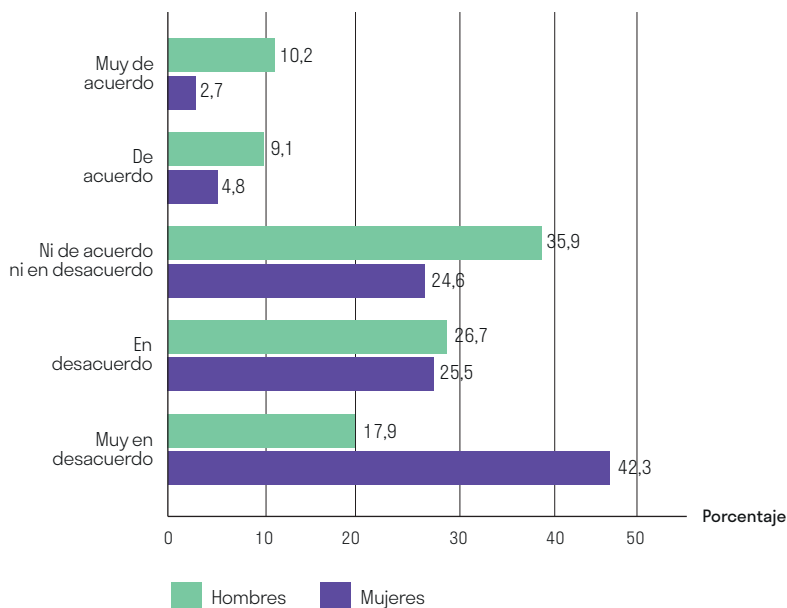
hombres muestra respuestas favorables a esta afirmación, mientras que el 41,5% de las mujeres mantiene una posición neutral.

Gráfico 4. Los chicos siempre deben defenderse, incluso si eso significa pelear



En contraste, al evaluar la norma de relaciones entre géneros en el contexto de la familia patriarcal, en el Gráfico 5 se observa un rechazo marcado por parte de las mujeres hacia esta norma, evidenciado un gran desacuerdo. Por su parte, la mayoría de los hombres muestra una postura de neutralidad o desacuerdo moderado frente a esta norma de subordinación en el ámbito doméstico.

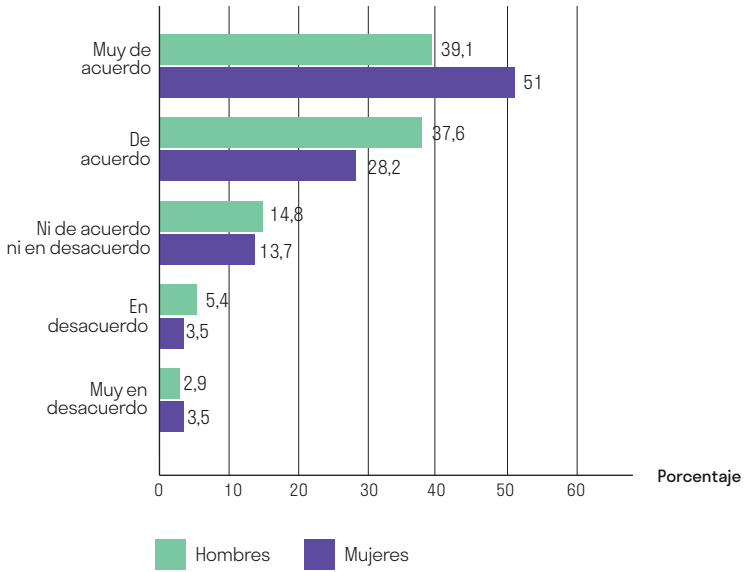
Gráfico 5. Un hombre debe tener la última palabra en su hogar



Aunque existen diferencias marcadas entre hombres y mujeres, más de la mitad de los encuestados de ambos géneros se muestra a favor de esta norma.

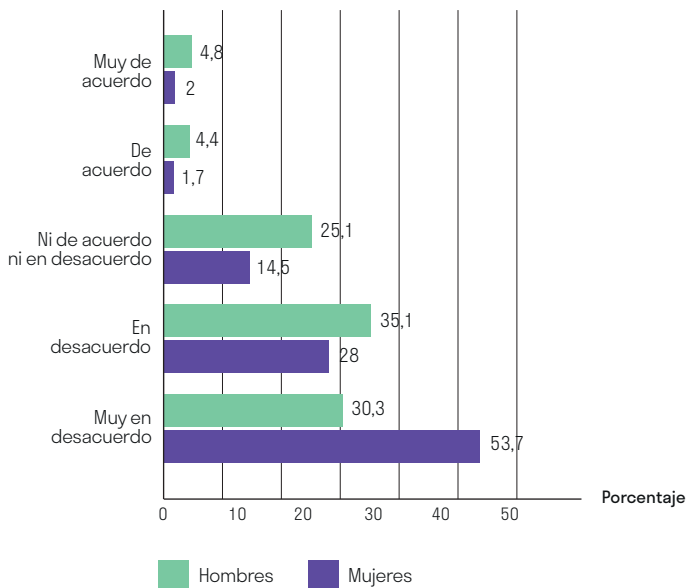
En contraste con la norma de tipo patriarcal, al ser consultados sobre una norma que plantea igualdad de género en la realización de las tareas del hogar, en el Gráfico 6 se observa una clara tendencia hacia la igualdad en estas responsabilidades. Aunque existen diferencias entre varones y mujeres, más de la mitad de los/as entrevistados/as de ambos géneros están a favor de esta norma.

Gráfico 6. Los chicos y chicas deben ser igualmente responsables de hacer las cosas de la casa



Estas diferencias de rechazo hacia las normas patriarcales y de aceptación hacia las normas de igualdad se reflejan nuevamente en la evaluación de la sentencia sobre obediencia total al varón en una relación de pareja. Como se muestra en el Gráfico 7, el 80% de las mujeres entrevistadas y el 66% de los hombres entrevistados expresaron su rechazo a esta norma patriarcal.

Gráfico 7. Una mujer debe obedecer a su esposo en todos los asuntos



Identidad y discriminación de género

En términos de la identidad de género de los/as adolescentes tempranos se aplicó una pregunta diferenciada por género para evaluar la identificación con el género que les ha sido socialmente asignado. Los resultados indican (ver Tabla 21) que en el caso de los varones el 84,5% “se siente completamente como un chico”, mientras que en las mujeres esta categoría alcanza el 65%. Entre las mujeres, la distribución se amplía en las categorías de “se siente mayormente como una chica” con un 15,2% y “se siente un 50% como chica” con un 14,7%.

Además, a quienes han experimentado burlas o apodosos ofensivos, se les consultó si creían que esto se debía a que habían actuado de acuerdo con características propias del otro género. Así, a las mujeres se les consultó si el apodo o las burlas se debían a que las personas consideran que habían actuado como varones y viceversa. En esta categoría, el 25% de las mujeres que han recibido apodosos ofensivos o burlas creen que fue porque había actuado como chicos, situación que solo alcanza el 15,5% en los varones.

Tabla 21. Identidad de género

Identidad de género	Varones	Mujeres
El grado de sentirse como chico		
No me siento como un chico	2,2%	-
Me siento muy poco como un chico	1,8%	-
Me siento 50% como chico	6,7%	-
Me siento mayormente como un chico	4,5%	-
Me siento completamente como un chico	84,5%	-
No sabe/No responde	40	-
El grado de sentirse como chica		
No me siento como una chica	-	2,6%
Me siento muy poco como una chica	-	2,3%
Me siento 50% como chica	-	14,7%
Me siento mayormente como una chica	-	15,2%
Me siento completamente como chica	-	65%
No sabe/No responde	-	43
Cuando te molestaron o te dieron un sobrenombre ofensivo, ¿crees que fue porque...?		
Se te consideraba actuando como chica		
No	84,4%	-
Sí	15,5%	-
No sabe/No responde	26	-
Se te consideraba actuando como chico		
No	-	75%
Sí	-	25%
No sabe/No responde	-	51

Empoderamiento

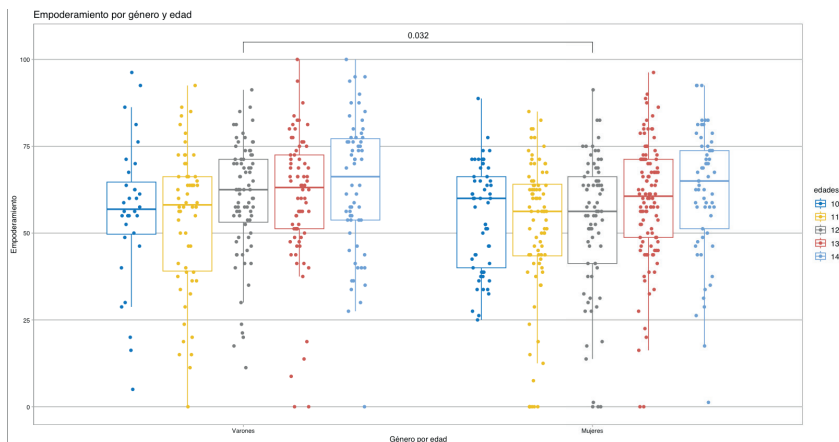
La encuesta GEAS explora tres dimensiones del empoderamiento de adolescentes tempranos relacionadas con la libertad de movimiento, expresión y escucha en sus entornos sociales, además de la toma de decisiones actuales y futuras. La libertad de movimiento mide el grado de autonomía de los/as adolescentes para desplazarse solos/as a ciertos lugares, como actividades extraescolares, fiestas, reuniones con amistades del sexo opuesto y centros comunitarios/cines. La dimensión de expresión y escucha representa el grado en que perciben que sus opiniones son valoradas por sus padres, madres, profesores/es o personas adultas en la comunidad, implicando escucha y entendimiento del otro en sus argumentos. Por último, la toma de decisiones evalúa su capacidad para tomar decisiones cotidianas como su forma de vestir, uso del tiempo libre y elección de alimentos, así como decisiones sobre abandonar la escuela, o decidir cuándo y con quién casarse. De este modo, realizando una sumatoria de las dimensiones se puede llegar a un indicador general del empoderamiento de los/as adolescentes tempranos.

En el caso chileno, se observa una diferencia estadísticamente significativa en la autonomía de movimiento que favorece a los varones (ver Tabla 22). Estos tienen una mayor libertad de movimiento, con un puntaje promedio de 11,5 en comparación con un 9,6 de las mujeres; los varones están por sobre el promedio general y las mujeres se sitúan por debajo. Sin embargo, en los otros indicadores, como expresión y escucha, si bien no hay diferencias significativas entre los géneros, las mujeres presentan un puntaje ligeramente superior de 18,3 frente a 18,2 de los varones. Asimismo, en la subdimensión de toma de decisiones, los puntajes promedios son más altos en los varones con 17,4 y 16,6 puntos promedio para las mujeres.

Tabla 22. Escalas de “empoderamiento”

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Puntaje escala libertad de movimiento				
Promedio ± desviación estándar	11,53 ± 5,35	9,67 ± 4,8	10,50 ± 5,14	<i><0,001</i>
Alpha ordinal			0,79	
Puntaje escala de expresión y escucha				
Promedio ± desviación estándar	18,27 ± 7,37	18,37 ± 7,33	3,10 ± 0,68	<i>0,858</i>
Alpha ordinal			0,76	
Puntaje escala toma de decisión				
Promedio ± desviación estándar	17,48 ± 0,70	16,65 ± 0,70	17,02 ± 7	<i>0,116</i>
Alpha ordinal			0,72	
Puntaje escala empoderamiento				
Promedio ± desviación estándar	59,11 ± 19,25	55,87 ± 19,11	57,31 ± 19,23	<i>0,027</i>
*El Alpha ordinal fue calculado entre todas las observaciones con información completa de todos los ítems.				

Como se muestra en el gráfico adyacente, el promedio de empoderamiento de los géneros se ve influenciado por el proceso de crecimiento etario. En este sentido, las mujeres presentan un retraso de aproximadamente un año en comparación con los varones en los procesos de empoderamiento que se manifiestan entre los 11 y 12 años, aunque muestran un repunte a los 13 y 14 años.



Experiencias adversas y violencia interpersonal

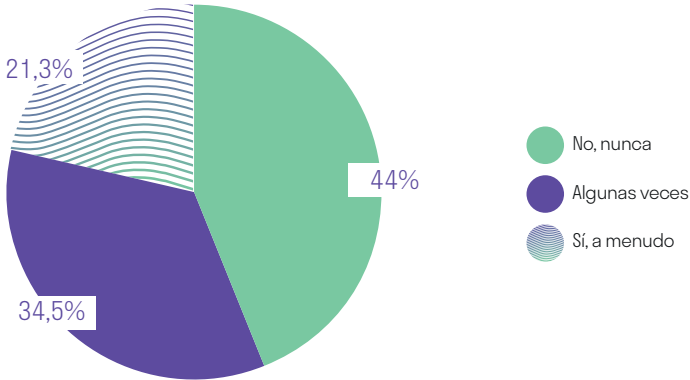
El GEAS explora la historia de vida de los/as entrevistados/as en la dimensión de Experiencias Adversas durante la Infancia (ACE, por sus siglas en inglés Adverse Childhood Experiences), así como en las experiencias de intimidación y violencia física interpersonal que los/as adolescentes tempranos hayan experimentado. En un intento de estimar la posible polivictimización en este grupo se elaboró un índice aditivo que incorpora el conjunto de experiencias negativas vividas a lo largo de sus vidas.

Los gráficos a continuación muestran estas experiencias que incluyen situaciones como haber sido objeto de insultos o humillaciones por parte de personas adultas, con y sin consumo excesivo de drogas y alcohol; situaciones de abandono y escasez de alimentos en el hogar; haber presenciado violencia intrafamiliar; vivir situaciones de desalojo o tener cuidadores en prisión y haber sufrido situaciones de experiencias sexuales abusivas con personas adultas.

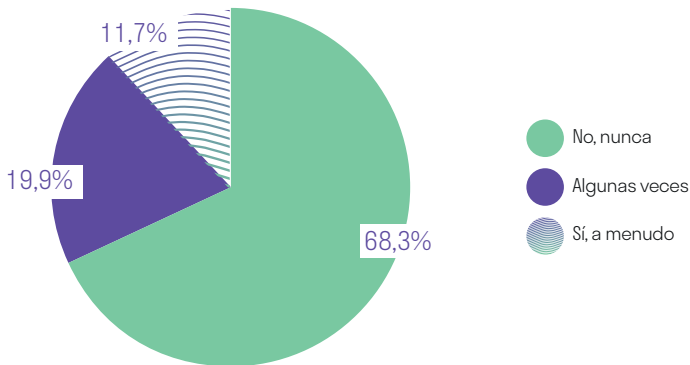
Las experiencias adversas más recurrentes son aquellas relacionadas con el desprecio, abandono y sentimientos de irrelevancia por parte de sus figuras significativas, lo cual provoca una crisis de vínculo con quienes consideran fundamentales para su protección, afecto y preservación de su integridad. Le siguen, en frecuencia, las experiencias adversas de inseguridad alimentaria, mientras que las situaciones de abuso sexual y violencia de género son las menos frecuentes. Estas experiencias adversas

afectan las condiciones de salud mental de los/as jóvenes, ya que el tipo y la cantidad de adversidades acumuladas durante la infancia impactan negativamente en su salud mental (Blum et al., 2019).

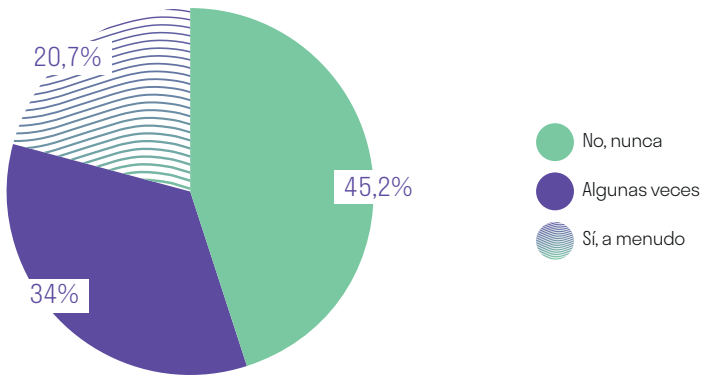
¿Alguna vez te asustaste o te sentías realmente mal porque personas adultas te dijeron cosas malas, te insultaron o te dijeron que no querían?



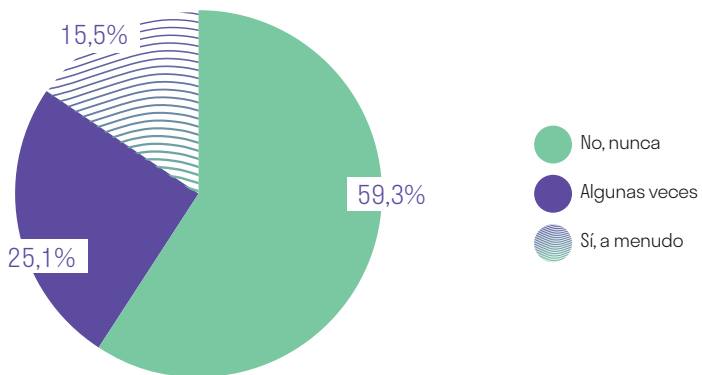
¿Alguna vez tuviste miedo de que tu padre, tu madre u otra persona adulta te dañaran seriamente (para lastimarte o herirte)?



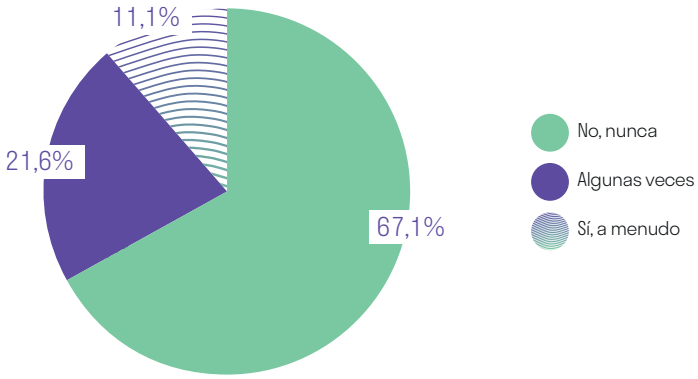
¿Alguna vez has sentido que no te quieren o que no importas?



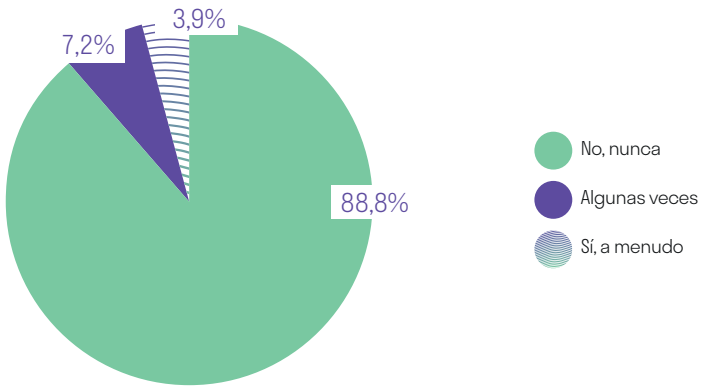
¿Alguna vez has sentido que no tienes a alguien que te proteja?



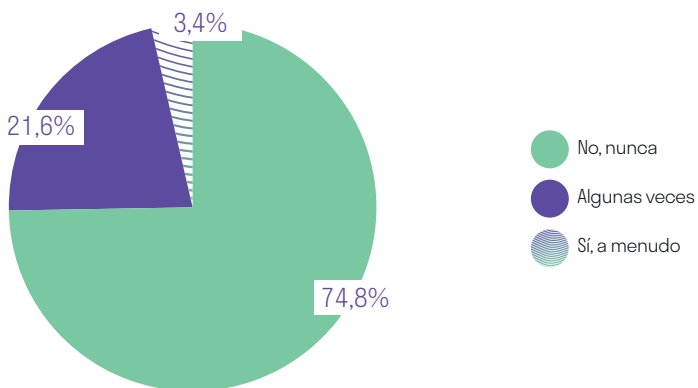
¿Alguna vez estuviste totalmente solo/a y tuviste que cuidarte por un periodo prolongado de tiempo?



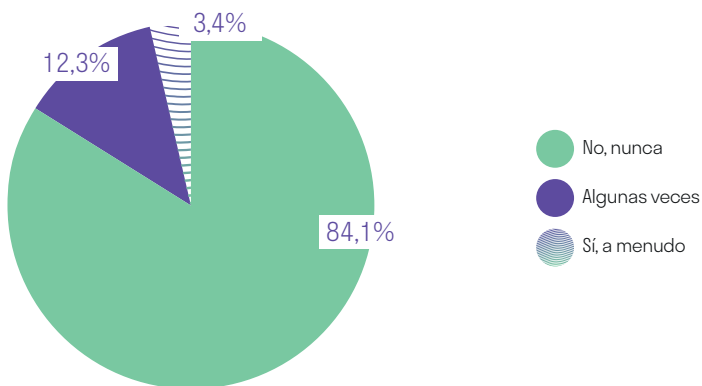
¿Alguna vez tu padre, tu madre o tu tutor/a tomaron demasiado alcohol o consumieron drogas, y cuando regresaron a casa fueron abusivos contigo o con tu familia?



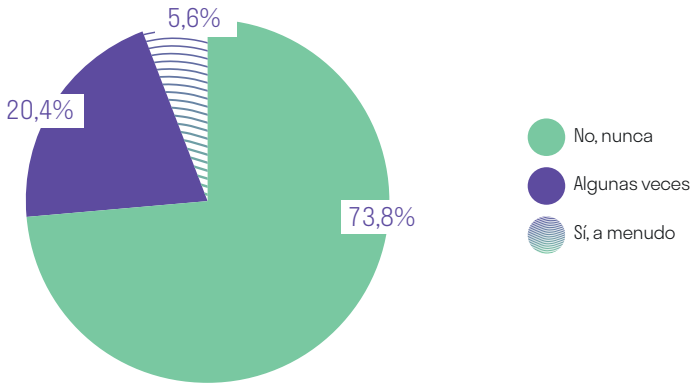
¿Alguna vez en tu familia no había suficiente comida porque no tenían plata?



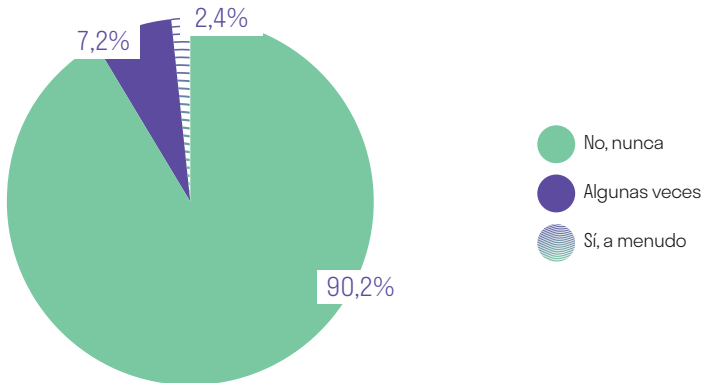
¿Alguna vez viste que golpearan o amenazaran a tu madre?



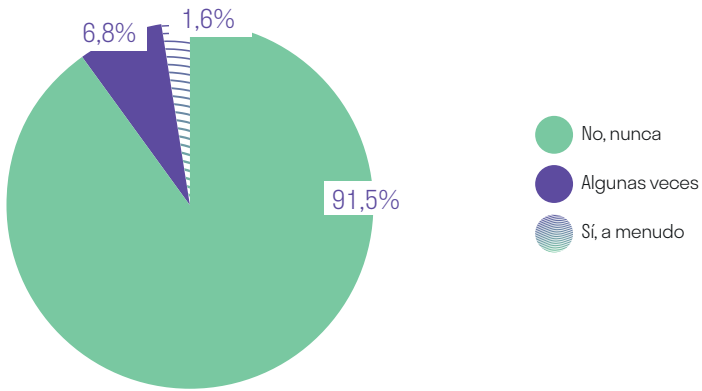
¿Alguna vez viste a tu madre o padre tan triste que no pudieron cuidarte?



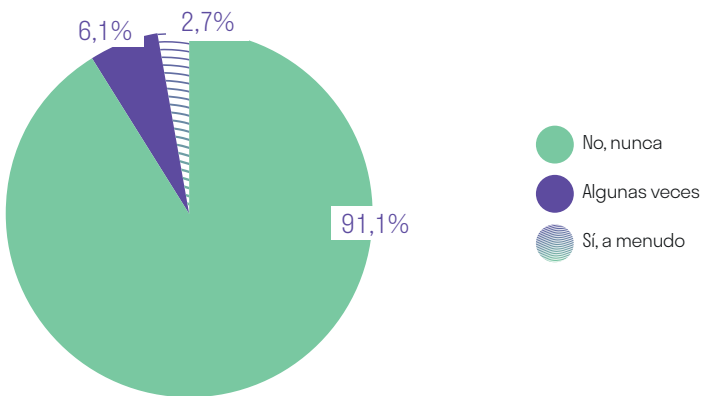
¿Tu padre o madre han estado en la cárcel?



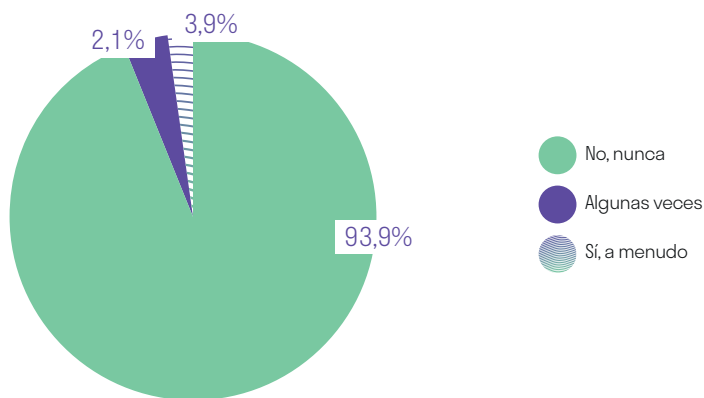
¿Alguna vez desalojaron a tu familia de su vivienda?



¿Alguna vez un/a adulto/a tocó tus partes íntimas, y te sentiste incómodo/a?



¿Alguna vez un/a adulto/a intentó, te forzó u obligó a tener relaciones sexuales con él/ella?



En una visión general de las experiencias adversas, (ver Tabla 23) se observa que la mayoría de los/as adolescentes tempranos concentran entre 1 y 2 experiencias adversas en su vida actual, representando un 30,9% del total. Las mujeres predominan de manera estadísticamente significativa en las categorías que reportan entre “3 a 4” y “5 o más” experiencias adversas, con un 26,5% y 33,1%, respectivamente. Así, a medida que aumenta la cantidad de experiencias adversas, las mujeres se distancian progresivamente de los varones.

En términos de la experiencia de ser objeto de burlas, un 37,4% afirma haber sido víctima de este tipo de comportamiento. En situación de violencia física por parte de pares, los varones presentan un 21,2% de victimización frente al 11,8% de las mujeres, diferencia que es estadísticamente significativa. Del mismo modo, en la perpetración de violencia física, los varones destacan de manera estadísticamente significativa con 16,4% frente a un 7,6% de las mujeres.

En situaciones de acoso escolar hacia sus pares, se observa que las mujeres están significativamente más dispuestas a intervenir que los varones, con un 61,9% frente a un 49,6%. En cuanto a portar un objeto para protegerse de otros, un 43% afirma hacerlo, siendo esta práctica más común en los varones con un 49,5% frente a un 38,8% de las mujeres, diferencia que resulta estadísticamente significativa.

Tabla 23. Experiencias adversas durante la infancia

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Experiencias adversas en la infancia				0,004
Sin experiencias	18,2%	13,1%	15,4%	
1 o 2 experiencias	35,7%	27,1%	30,9%	
3 o 4 experiencias	22,1%	26,5%	24,6%	
5 o más experiencias	23,8%	33,1%	29%	
Has sido objeto de burlas en los últimos 6 meses				0,506
No	64%	61,3%	62,5%	
Sí	35,9%	38,6%	37,4%	
No sabe/No responde	41	57	98	
Experiencia de victimización de violencia física por pares				0,002
No	78,7%	88,1%	83,9%	
Sí	21,2%	11,8%	16%	
No sabe/No responde	27	45	72	
Experiencia de perpetración de violencia física con sus compañeros/as				0,001
No	83,5%	92,3%	88,3%	
Sí	16,4%	7,6%	11,6%	
No sabe/No responde	26	45	71	
Intervención en <i>bullying</i> de pares				0,037
No	50,3%	38,1%	44%	
Sí	49,6%	61,9%	55,9%	
No sabe/No responde	45	64	109	
Porta un objeto para protegerse de otros/as				0,089
No	50,4%	61,1%	56,9%	
Sí	49,5%	38,8%	43%	
No sabe/No responde	4	5	9	

Salud general, satisfacción corporal y pubertad

En este estudio se realizaron preguntas para evaluar las percepciones de los/as adolescentes tempranos de la salud general, la satisfacción corporal y las etapas de desarrollo puberal. El inicio de la pubertad se investigó mediante preguntas sobre el desarrollo mamario y la menstruación en las mujeres, y sobre el cambio de voz y el crecimiento del vello facial en los varones. Un total de ocho preguntas evaluaron el nivel de satisfacción con sus propios cuerpos, generando un indicador único que reflejaba el porcentaje de adolescentes que se sentían satisfechos con su imagen corporal.

En términos de la salud general, el 76% reportó tener una salud buena o excelente, siendo esta percepción más frecuente en los varones que en las mujeres. Esto contrasta con la satisfacción corporal, donde las diferencias por género son estadísticamente significativas, mientras un 63,4% de los varones reportó estar satisfecho con su cuerpo, en las mujeres esta cifra solo alcanza al 38,3% de los casos. Ante la afirmación “Me gusta cómo me veo” un 60% de los varones estuvo de acuerdo, mientras que entre las mujeres el acuerdo fue de solo un 39,3%. Al respecto del ítem positivo “Me gusta mirar mi cuerpo” dos tercios de los encuestados indicaron una respuesta negativa y solo un tercio respondió positivamente. Finalmente, la autopercepción de belleza fue en general negativa para el 76,6% de los/as adolescentes, con diferencias estadísticamente significativas, esta percepción es más marcada en los varones.

Tabla 24. Salud general y satisfacción con el cuerpo

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Percepción de salud buena o excelente				<i>0,191</i>
No	20,6%	25%	23%	
Sí	79,3%	75%	76,9%	
No sabe/No responde	10	23	33	
Estoy satisfecho/a con mi cuerpo				<i><0,001</i>
No	36,5%	61,6%	50,6%	
Sí	63,4%	38,3%	49,3%	
No sabe/No responde	15	15	30	
Me gusta cómo me veo				<i><0,001</i>
No	39,9%	60,7%	51,4%	
Sí	60%	39,3%	48,5%	
No sabe/No responde	7	14	21	
Me gusta mirar mi cuerpo				<i>0,493</i>
No	69,9%	67,4%	68,5%	
Sí	30%	32,5%	31,4%	
No sabe/No responde	22	30	52	
Siento que soy hermoso/a, guapo/a				<i><0,001</i>
No	100%	64,6%	76,7%	
Sí	0%	35,3%	23,2%	
No sabe/No responde	15	15	30	

En cuanto a los ítems negativos de satisfacción corporal (ver Tabla 25), en general el panorama muestra que los/as adolescentes tempranos no presentan percepciones desfavorables respecto a su cuerpo. Sin embargo, en dos indicadores específicos se observa una mayor tendencia a visiones negativas en los varones. Así, un 27,7% de los varones indicó que la imagen de su cuerpo les afecta o preocupa, frente a un 20,1% de las mujeres. Además, el deseo de que su cuerpo fuera diferente es mucho más intenso en los varones con 28,7% frente a un 18,7% de las mujeres. Respecto a la preocupación de desarrollo corporal normal, casi un tercio, siendo un 30,9%, expresó que este aspecto les genera inquietud.

Tabla 25. Satisfacción con el cuerpo

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Me preocupa/afecta la forma en que mi cuerpo se ve				
No	72,2%	79,8%	76,5%	0,022
Sí	27,7%	20,1%	23,5%	
No sabe/No responde	17	20	37	
A menudo deseo que mi cuerpo fuera diferente				
No	71,2%	81,2%	76,8%	0,002
Sí	28,7%	18,7%	23,1%	
No sabe/No responde	13	15	28	
Me preocupa que mi cuerpo no se esté desarrollando normalmente				
No	73,2%	69%	70,9%	0,253
Sí	26,7%	30,9%	29%	
No sabe/No responde	28	50	78	

En el indicador general de satisfacción corporal (ver Tabla 26) destaca el hecho de que solo un 1% de los/as adolescentes marcó todos los ítems de satisfacción corporal como positivos, situación que se da de manera exclusiva en las mujeres. Ningún varón marcó todas las categorías positivas en el indicador de satisfacción corporal. En el caso del inicio de la pubertad, el 96% de los/as entrevistados/as ya la ha iniciado, con un porcentaje mayor en las mujeres que en los varones.

Tabla 26. Satisfacción corporal general e inicio de pubertad

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Indicador de satisfacción corporal (Percepciones positivas en todos los ítems)				
No	100%	98,1%	98,9%	0,019 [^]
Sí	0%	1,8%	1%	
No sabe/No responde	3	3	6	
Inicio pubertad				
Prepubertad	4,6%	3,4%	3,9%	0,450
Pubertad	95,3%	96,5%	96%	
No sabe/No responde	46	33	79	

Menstruación

Además de la satisfacción corporal, el GEAS incluyó preguntas sobre la experiencia de las mujeres con la menstruación y la higiene menstrual (ver Tabla 27), explorando cuatro dimensiones: conocimiento, percepciones sobre la menstruación, experiencia del ciclo menstrual y autocuidado.

En el caso chileno, casi el 80% de las mujeres han iniciado su proceso de menstruación, con una mayor incidencia de inicio entre los 11 y 12 años. En cuanto a la información sobre cuidados durante el período, el 93,2% de las entrevistadas afirmó estar informada. El uso de productos de higiene menstrual, como tampones y toallas higiénicas, es ampliamente extendido, con el 71% de las jóvenes reportando su utilización en el último ciclo. Además, el 30,8% de las participantes señaló haber perdido días de clase debido a la menstruación, y el 85,6% indicó tener a alguien a quien recurrir en caso de necesitar información sobre la menstruación.

Tabla 27. Menstruación

Menstruación iniciada	Mujeres
No	21,7%
Sí	78,2%
No sabe/No responde	20
Edad de primera menstruación	
10 o menos	36,3%
11-12	59,2%
13-14	4,3%
No sabe/No responde	9
Ha conversado sobre qué cuidados tener durante la menstruación	
No	6,7%
Sí	93,2%
No sabe/No responde	19
Uso de tampones y toallas higiénicas en la última menstruación	
No	28,9%
Sí	71%
No sabe/No responde	7

Días de escuela perdidos en la última menstruación	
No	69,1%
Sí	30,8%
No sabe/No responde	15
Sé a dónde ir si necesito información sobre la menstruación	
No	14,4%
Sí	85,6%
No sabe/No responde	15

En cuanto a las valoraciones de las mujeres sobre la menstruación, se observa que casi dos tercios no siente vergüenza al respecto, mientras que un 57% la reconoce como una señal de su condición de mujer. Sin embargo, solo el 38% expresó sentirse orgullosa de tener la menstruación. Respecto al tabú asociado de la menstruación, solo un 25,2% sostuvo que era importante ocultar el proceso de menstruación, no representando un gran problema para las mujeres con un 60,1% de los casos.

Tabla 28. Menstruación

Me siento avergonzada de mi cuerpo cuando tengo mi menstruación/regla	
No	63,5%
Sí	36,4%
No sabe/No responde	15
Tener la menstruación/regla me dice que soy una mujer	
No	42,9%
Sí	57%
No sabe/No responde	35
Es importante que mantenga mi menstruación/regla en secreto, sin contarle a nadie	
No	74,8%
Sí	25,2%
No sabe/No responde	30

Me siento orgullosa de tener mi menstruación/regla	
No	61,2%
Sí	38,7%
No sabe/No responde	62
Que me llegue mi menstruación/regla no es un gran problema para mí	
No	39,8%
Sí	60,1%
No sabe/No responde	18

Salud mental

La encuesta GEAS incluyó dos escalas clave de salud mental y un módulo de consumo de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas). Las escalas de salud mental son un índice de síntomas depresivos y un índice de trastorno de ansiedad generalizado. La puntuación promedio de síntomas depresivos resumió cuatro indicadores específicos: preocupación sin motivo aparente, sentirse demasiado infeliz para dormir, tristeza y pensamientos de autolesión. Para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada, se utilizó una escala de siete ítems que midieron la frecuencia de síntomas en las dos semanas previas a la entrevista, incluyendo nerviosismo o ansiedad intensa, preocupación excesiva, irritabilidad, inquietud incontrolable y sensación de miedo inminente.

En el caso chileno se observan diferencias significativas de género en los síntomas depresivos (ver Tabla 29), siendo las mujeres quienes presentan un promedio mayor de síntomas depresivos con un puntaje de 3,2 frente a 2,8 en los varones. Analizando cada síntoma, las mujeres superan a los varones en casi todos los indicadores de forma estadísticamente significativa: el 61,1% de ellas reporta preocupaciones sin motivo en comparación con el 49,1% de los varones; el 44,5% de las mujeres indicó sentirse triste frente al 26,3% de los varones; el 37,8% reportó incapacidad para dormir en comparación con el 25,2% de ellos; y un 32% de las mujeres señaló haber considerado autolesionarse debido a sentirse mal, frente al 20,8% de los varones.

Tabla 29. Salud mental: síntomas depresivos

	Varones (N=305)	Mujeres (N=383)	Total (N=688)	Valor p
Me siento preocupado/a sin motivos				
No	50,8%	38,8%	44,2%	<i>0,002</i>
Sí	49,1%	61,1%	55,7%	
No sabe/No responde	10	23	33	
Me siento tan poco feliz que no me puedo dormir				
No	74,7%	62,1%	67,7%	<i>0,001</i>
Sí	25,2%	37,8%	32,2%	
No sabe/No responde	12	16	28	
Me siento triste				
No	73,6%	55,4%	63,4%	<i><0,001</i>
Sí	26,3%	44,5%	36,5%	
No sabe/No responde	13	13	26	
Me siento tan mal, que pienso en dañarme				
No	79,1%	67,9%	73%	<i>0,001</i>
Sí	20,8%	32%	26,9%	
No sabe/No responde	12	24	36	
Síntomas depresivos				
Puntaje promedio (Promedio ± desviación estándar)	2,80 ± 0,98	3,22 ± 0,96	3,03 ± 0,99	<i><0,001</i>

En relación con la segunda escala de salud mental de la encuesta, la GAD-7⁵, se observa que la mayoría de los/as participantes reportó haber experimentado síntomas de ansiedad con frecuencia, de alguna vez a todos los días, en las dos semanas previas a la entrevista (ver Tabla 30). Las mujeres reportan una mayor frecuencia de los síntomas consultados en todos los ítems evaluados, aunque las diferencias estadísticamente significativas se concentran en los ítems asociados a sensaciones de intranquilidad constante, no necesariamente a la carencia de control sobre estas sensaciones, en los cuales las diferencias por género no resultan significativas. En el indicador general de ansiedad, que agrega todos los ítems de la escala, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa a

5 Ver en <https://n9.cl/pywr4>

favor de las mujeres, quienes presentan un puntaje promedio más alto, elevando así el índice general de ansiedad en la muestra.

Tabla 30. Salud mental: síntomas de ansiedad

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Me siento nervioso/a, ansioso/a o al límite				
No	38,3%	17,1%	26,3%	
Sí	61,6%	82,8%	73,6%	0,0014
No sabe/No responde	57	57	114	
No soy capaz de controlar mis preocupaciones				
No	32,9%	27,9%	30,1%	
Sí	67%	72%	69,8%	0,5377
No sabe/No responde	65	82	147	
Me preocupo demasiado por diferentes cosas				
No	29%	12,9%	20%	
Sí	70,9%	87%	79,9%	0,008
No sabe/No responde	40	50	90	
Tengo problemas para relajarme				
No	41%	24,4%	31,9%	
Sí	58,9%	75,5%	68%	
No sabe/No responde	37	60	97	0,0188
Me siento tan inquieto/a que me es difícil permanecer sentado/a				
No	50,1%	37,8%	43,4%	
Sí	49,8%	62,1%	56,5%	0,1062
No sabe/No responde	36	58	94	
Me enojo o irrito fácilmente				
No	26,7%	11,3%	18,2%	
Sí	73,2%	88,6%	81,7%	
No sabe/No responde	28	40	68	0,009
Tengo miedo, como si algo malo fuera a pasar				
No	40,6%	27,4%	33,3%	
Sí	59,3%	72,5%	66,6%	0,067
No sabe/No responde	32	51	83	
(Promedio ± desviación estándar)	3,80 ± 2,31	4,62 ± 2,09	4,25 ± 2,23	<0,001

Cuando el indicador general de ansiedad se categoriza en una escala, la mayoría de los/as adolescentes tempranos se sitúan en las categorías de ansiedad leve, con un 36,7% y moderada, un 25,5%. Al comparar por género, se encuentran diferencias estadísticamente significativas, particularmente en las categorías de ansiedad moderada y severa, donde las mujeres presentan porcentajes más altos que los varones: el 27,3% de las mujeres se ubica en la categoría moderada frente al 23,3% de ellos, y el 20,6% de ellas se sitúa en la categoría severa, en comparación con el 10,9% de los varones.

Tabla 31. Trastorno de ansiedad generalizado

	Varones (N=305)	Mujeres (N=383)	Total (N=688)	Valor p
Trastorno de ansiedad generalizado				0,001
Mínimo	27%	16,8%	21,3%	
Leve	38,6%	35,1%	36,7%	
Moderado	23,3%	27,3%	25,5%	
Severo	10,9%	20,6%	16,3%	
No sabe o no responde a 3 o más ítems	31	39	70	
Nota. El análisis se basó en participantes con respuestas no significativas a 4 o más elementos del GAD-7 (N=646). Entre estos participantes, la respuesta no significativa a un ítem GAD-7 fue reemplazada por la opción de respuesta más frecuente del ítem de la escala.				

En términos del consumo, el alcohol es la sustancia más prevalente con un reporte de consumo de 17,3% general, condición donde las mujeres aventajan levemente a los varones con un 19,3% y un 14,9% respectivamente. Los consumos de otras sustancias son bajos: un 6,3% afirma haber fumado tabaco, un 6,1% reconoce haber consumido marihuana, mientras que el consumo de drogas ilegales se reportó en 2,6%.

Tabla 32. Consumo de sustancias

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Ha fumado cigarrillos				<i>0,531</i>
No	94,3%	93,1%	93,6%	
Sí	5,6%	6,9%	6,3%	
No sabe/No responde	23	35	58	
Ha bebido alcohol				<i>0,160</i>
No	85%	80,6%	82,6%	
Sí	14,9%	19,3%	17,3%	
No sabe/No responde	31	57	88	
Ha consumido marihuana				<i>0,881</i>
No	94%	93,7%	93,8%	
Sí	5,9%	6,2%	6,1%	
No sabe/No responde	20	31	51	
Ha consumido drogas ilegales				<i>0,823</i>
No	97,1%	97,4%	97,3%	
Sí	2,8%	2,5%	2,6%	
No sabe/No responde	20	26	46	

Salud sexual

Conocimientos en sexualidad

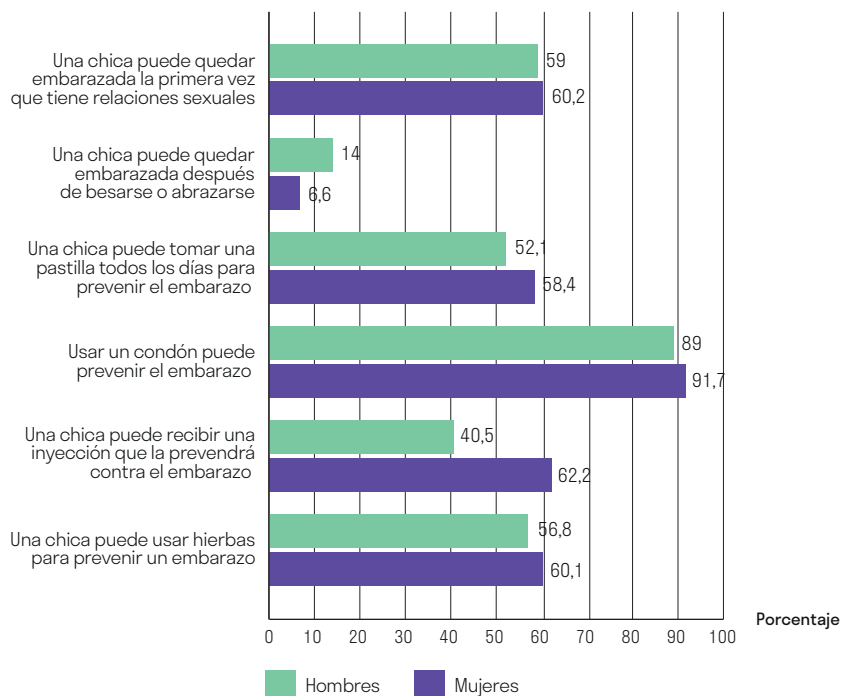
El conocimiento sobre salud sexual de los/as adolescentes tempranos se evaluó mediante seis preguntas de alfabetización sexual sobre embarazo (incluyendo capacidad reproductiva y anticoncepción) y cuatro preguntas sobre el VIH. Se presentarán los porcentajes de respuestas correctas a cada ítem, así como un puntaje específico para embarazo (que resume el número de respuestas correctas para esta área) y un puntaje que resume el número de respuestas correctas para el VIH. Además, se indagó sobre el conocimiento acerca de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles, así como sobre el estigma social asociado al uso de estos servicios.

En el Gráfico 8 se observa que en el contexto chileno se observa un alto nivel de conocimiento del uso del condón como elemento para prevenir el embarazo tanto en varones como mujeres, alcanzando un 89% y un 91,7% respectivamente. Un segundo hecho a resaltar es que las mujeres están más informadas sobre el uso de inyecciones anticonceptivas en comparación con los varones, con un 62,2% de respuestas correctas en mujeres frente al 40,5% en varones. El conocimiento del método de anticoncepción oral está ampliamente difundido en ambos géneros. Asimismo, el conocimiento de que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual es alto, con un 59% en los varones y un 60,2% en las mujeres.

En relación con los mitos sobre el embarazo, se observa que el mito “Se puede prevenir el embarazo con hierbas” fue correctamente identificado como falso por un 60,1% de las mujeres y un 56,8% de los varones. Sin embargo, en el mito “Una chica puede quedar embarazada luego de besarse o abrazarse”, las respuestas que lo identificaron como falso

fueron notablemente bajas, con solo un 14% de los varones y un 6,6% de las mujeres identificando adecuadamente el mito.

Gráfico 8. Respuestas correctas en prevención del embarazo

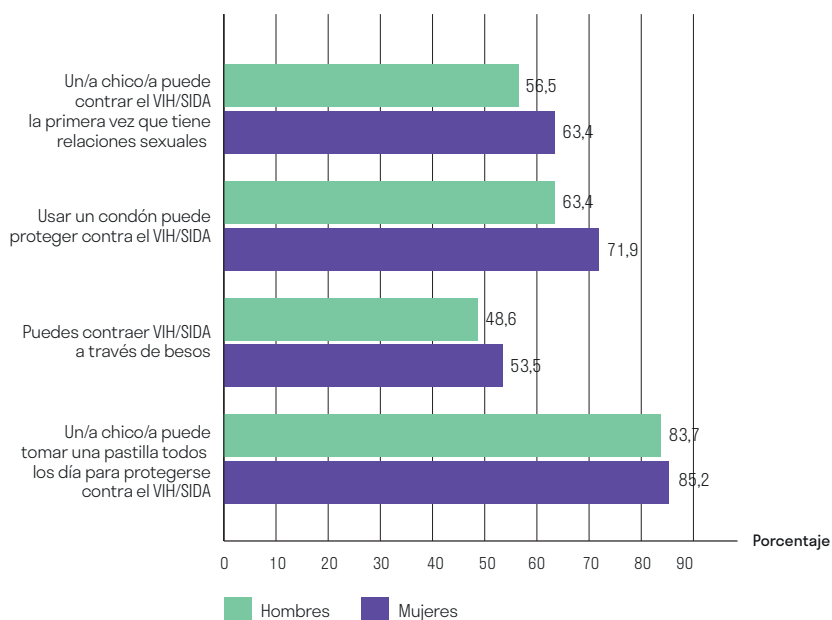


En cuanto al conocimiento sobre la prevención del VIH, en el Gráfico 9 se puede observar un alto conocimiento en ambos géneros. Destaca la respuesta correcta de que se puede prevenir el VIH mediante pastillas donde ambos géneros marcaron muy alto en respuestas correctas: 83,7% y 85,2%⁶. El conocimiento del uso del condón como método de prevención también es elevado, con un 71,9% en las mujeres y un 63,4% en los varones respondiendo correctamente. Respecto de la posibilidad

6 En estricto rigor, este tipo de terapias de prevención existen y cuentan con el apoyo de las organizaciones mundiales de salud. Sin embargo, dado el alto nivel de profundidad de conocimiento que requiere saber de la terapia, la mantención de la comunicación de riesgo de salud respecto al VIH y el sentido de la pregunta para los/as entrevistados/as se ha conservado la condición de no conocimiento de la pregunta. En un futuro, esto es parte de la batería de preguntas de alfabetización sexual que debieran ir cambiando.

de transmisión del VIH en la primera relación sexual casi dos tercios de las mujeres respondieron correctamente, mientras que poco más de la mitad de los varones lo hicieron. Al abordar el mito de que el VIH se puede contraer a través de besos, el 53,5% de las mujeres y el 48,6% de los varones identificaron correctamente que esto es falso.

Gráfico 9. Respuestas correctas en conocimiento de transmisión y prevención del VIH/SIDA



En cuanto al uso y acceso a servicios de salud (ver Tabla 33), se observa un conocimiento amplio sobre dónde obtener condones y anticonceptivos: el 67,1% de los/as adolescentes sabe dónde conseguir condones, y el 59% conoce dónde obtener anticonceptivos. Al desglosar por género, las mujeres demuestran un mayor conocimiento sobre dónde acceder a estos recursos, con un 72,8% de ellas frente a un 60,5% de los varones, y un 63,8% en anticonceptivos frente al 52,8% de los varones.

Sin embargo, la disposición a utilizar los servicios de salud para obtener anticonceptivos o tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) revela barreras importantes. Al considerar la posibilidad de

acudir a un centro de salud para obtener anticoncepción, el 51,2% indica que sentiría demasiada vergüenza para hacerlo, y un 58,9% no sabría adónde acudir en caso de necesitar tratamiento para una ITS. En cuanto a la estigmatización, las mujeres presentan mayores niveles de vergüenza que los varones al acudir por anticonceptivos, con un 51,2% frente a un 36,3%. Del mismo modo, en relación con ITS, el porcentaje de mujeres que no sabría adónde acudir es del 60,3%, ligeramente superior al 57,1% de los varones.

Tabla 33. Conocimiento de servicios de salud sexual

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Sé a dónde ir para obtener condones				
No	39,4%	27,1%	32,8%	0,007
Sí	60,5%	72,8%	67,1%	
No sabe/No responde	20	17	37	
Sé a dónde ir si necesito anticoncepción (anticonceptivos)				
No	47,1%	36,2%	40,9%	0,008
Sí	52,8%	63,8%	59%	
No sabe/No responde	59	57	116	
Sentiría demasiada timidez o vergüenza de ir a una clínica o centro de salud si necesitara anticoncepción				
No	63,6%	48,8%	55,2%	<0,001
Sí	36,3%	51,2%	44,8%	
No sabe/No responde	52	49	101	
Sé a dónde ir si necesito tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual				
No	57,1%	60,3%	58,9%	0,443
Sí	42,8%	39,6%	41%	
No sabe/No responde	55	53	108	

Relaciones románticas

En cuanto a las relaciones románticas de los/as adolescentes tempranos (ver Tabla 34), puede observarse que casi la mitad, exactamente el 46,3% no ha tenido relaciones románticas hasta el momento, mientras que el 28,6% sí ha tenido una relación y el 20,5% está actualmente en una relación.

Respecto al desequilibrio de poder en las relaciones románticas —medido solo entre quienes han tenido o tienen una relación— se utilizó una variable índice que incluye ítems sobre la desconfianza en la pareja, realizar acciones por presión del otro y los intentos de controlar las decisiones de la pareja. En este indicador, los varones presentan un promedio significativamente más alto en el ejercicio de poder dentro de la relación, con 2,95 puntos en comparación con los 2,56 puntos de las mujeres.

La intimidad con que se viven las relaciones de pareja, medida a través de una variable índice, que incluye ítems como sentirse bien con la pareja, comodidad para hablar de problemas personales, preocupación mutua y preferencia por pasar tiempo juntos; muestra un promedio ligeramente mayor para las mujeres, con 3,93 puntos frente a 3,70 para los varones.

En la dimensión de violencia en la pareja, los varones reportan haber experimentado violencia de manera estadísticamente significativa con mayor frecuencia que las mujeres, con un 14,1% de ellos reportándose como víctimas frente al 6,1% de las mujeres. Como perpetradores, los varones también superan a las mujeres, aunque en este caso sin diferencia estadísticamente significativa, con un 9,8% frente a un 6,1%.

Tabla 34. Relaciones románticas

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Relaciones románticas				
Nunca ha tenido una relación	43,2%	48,7%	46,3%	0,476
Tuvo una relación en el pasado	29,8%	27,6%	28,6%	
Actualmente en una relación	21,2%	20%	20,5%	
Comprometida o casada	5,6%	3,4%	4,4%	
No sabe/No responde	74	94	168	
Desequilibrio de poder en las relaciones				
Promedio y desviación estándar	2,95 ± 0,87	2,56 ± 0,97	2,74 ± 0,94	0,001
Intimidad en las relaciones románticas				
Promedio y desviación estándar	3,70 ± 0,90	3,93 ± 0,84	3,82 ± 0,87	0,035
Victimización por violencia en la pareja				
No	85,9%	93,9%	90,4%	<0,001
Sí	14,1%	6%	9,5%	
Perpetración de violencia en la pareja				
No	90,1%	93,9%	92,3%	0,061
Sí	9,8%	6%	7,7%	

Actitudes y experiencias sexuales

La encuesta GEAS exploró las actitudes y experiencias sexuales de los adolescentes tempranos (ver Tabla 35), revelando perspectivas igualitarias en temas de género y responsabilidad sobre la prevención del embarazo. Un 69,7% de los/as adolescentes rechaza la idea de que la prevención del embarazo sea una responsabilidad exclusiva de la mujer, mostrando oposición a esta norma de género tradicional.

En cuanto al estigma de doble estándar, el 88,6% está en desacuerdo con la idea de que las mujeres que llevan condones son “fáciles”, con una diferencia significativa entre mujeres y varones: el 93,7% de las mujeres y el 81,9% de los varones rechazan esta percepción.

Respecto a la visión de la masculinidad y la actividad sexual, un 94,5% se opone a la idea de que los hombres deban tener múltiples parejas para demostrar su masculinidad, y un 86,7% rechaza la noción de que los hombres deben estar siempre listos para la actividad sexual.

En cuanto a las experiencias sexuales, un 90% de los/as adolescentes reporta no haber participado en juegos sexuales, y un 96,7% indica no haber tenido relaciones sexuales.

Tabla 35. Actitudes y experiencias sexuales

	Varones	Mujeres	Total	Valor p
Es responsabilidad de la chica prevenir el embarazo				
No	63,9%	74,4%	69,7%	<i>0,005</i>
Sí	36%	25,5%	30,2%	
No sabe/No responde	39	58	97	
Las mujeres que llevan condones son fáciles				
No	81,9%	93,7%	88,6%	<i><0,001</i>
Sí	18%	6,2%	11,3%	
No sabe/No responde	72	79	151	
Un verdadero hombre debería tener tantas parejas mujeres como pueda				
No	91,7%	96,8%	94,5%	<i>0,005</i>
Sí	8,2%	3,1%	5,4%	
No sabe/No responde	25	34	59	
Los hombres siempre están listos para el sexo				
No	82,5%	90,6%	86,7%	<i>0,006</i>
Sí	17,4%	9,3%	13,2%	
No sabe/No responde	53	106	159	
Ha tenido "juegos sexuales"				
No	86,9%	92,8%	90%	<i>0,049</i>
Sí	13%	7,1%	10%	
No sabe/No responde	22	27	49	
Ha tenido relaciones sexuales				
No	95,1%	98,1%	96,7%	<i>0,100</i>
Sí	4,8%	1,9%	3,2%	
No sabe/No responde	30	28	58	

Conclusiones

Este estudio, pionero en abordar a adolescentes de 10 a 14 años en Chile y en explorar normas de género, ofrece un panorama descriptivo que abre múltiples oportunidades para reconsiderar las intervenciones en esta etapa de desarrollo. Los hallazgos presentan una base sólida para diseñar programas específicos y orientar futuras investigaciones en este grupo etario, permitiendo abordar sus necesidades desde una perspectiva integral y adaptada a sus realidades y contextos.

Normas de género de inclusión democrática: una nueva hegemonía

El diagnóstico general sobre el estado de las normas de género en adolescentes chilenos/as de 10 a 14 años sugiere una situación paradójica de desajuste entre las relaciones sociales y las identidades individuales. Aunque persisten estereotipos tradicionales que asocian la masculinidad y la feminidad a características dicotómicas como fuerte y débil, respectivamente, se observa una nueva forma de interacción social hegemónica que emerge entre estos adolescentes. Este fenómeno indica un proceso avanzado de disolución de la cultura machista doméstica y de las relaciones de subordinación femenina, aunque los estereotipos físicos y sociales sobre los géneros siguen presentes. En este contexto, aunque los estereotipos de género persisten en la percepción de atributos, estos no parecen traducirse en relaciones de subordinación en los ámbitos de las relaciones románticas y domésticas, reflejando un cambio en las dinámicas de poder y una mayor igualdad de género en estas áreas.

Así, los estereotipos de género en los/as adolescentes no determinan la forma en que se configuran sus relaciones, lo cual evidencia un cambio en las interacciones de género que va más allá de los atributos

estereotipados individuales (Archer, 2009). Las relaciones de pareja entre adolescentes parecen orientarse hacia una cultura democrática e igualitaria, donde se reconoce la validez del otro, incluso si se mantienen ciertas características estereotipadas. Las diferencias observadas entre varones y mujeres en este informe reflejan principalmente el grado de rechazo a las normas autoritarias domésticas, más que visiones antagónicas o relaciones de subordinación entre géneros.

Este cambio sugiere que los futuros hogares de estos adolescentes podrían no estar basados en roles fijos y subordinados según los estereotipos tradicionales de género, lo que abre posibilidades para nuevas formas de relacionamiento familiar y de pareja. A medida que este proceso avanza, podría llevar a una transformación de las características estereotipadas de género. En este sentido, las relaciones igualitarias y los valores democráticos de la modernidad han comenzado a transformar las dinámicas familiares y de pareja. Según Illouz (2021), el desafío no radica en cómo deben formarse los vínculos, pues la aceptación de relaciones democráticas en las parejas es cada vez más amplia, sino en que los vínculos mismos de pareja y familia puedan desarrollarse, lo que plantea nuevas posibilidades y también nuevos retos para las relaciones en una sociedad en transición hacia la igualdad de género.

La orientación democrática e inclusiva de las normas de género se refuerza al observar que los/as adolescentes tempranos en Chile rechazan activamente la exclusión de diversidades sexuales y madres adolescentes. Este rechazo es más intenso entre las mujeres, pero representa diferencias de grado, no de cualidad, en el repudio a las normas de exclusión hacia minorías anteriormente discriminadas por orientación sexual o por mantener una vida sexual activa con consecuencias no deseadas. Este enfoque igualitario desafía las relaciones de subordinación, ya que promueve el reconocimiento y la inclusión de todas las personas, independientemente de características estereotipadas o prácticas personales, lo que fortalece una cultura de derechos igualitarios y respeto mutuo.

Esta nueva dinámica no solo redefine las relaciones de pareja entre géneros, orientándolas hacia un modelo igualitario y democrático, sino que también incorpora a aquellos individuos cuya agencia o situación personal los ha situado, en generaciones anteriores, en posiciones de menor reconocimiento social (Honneth, 2011). Los/as adolescentes actuales tienden a integrar estos valores inclusivos, lo que representa un quiebre generacional significativo respecto a los sectores más tradicionales de sus familias y cuidadores. Este cambio es, a su vez, una fuente de

conflicto interno y cuestionamiento sobre cómo deben ser las relaciones entre hombres y mujeres y cuáles serán las nuevas características de la masculinidad y feminidad en la contemporaneidad.

Autonomía individual y altas expectativas educacionales

Un cambio significativo respecto a las normas de género tradicionales se observa en la visión de los/as cuidadores/as y adolescentes tempranos chilenos/as sobre la autonomía individual y las expectativas educacionales. Los/as adolescentes han sido socializados en hogares donde se enfatizan la autonomía y la educación como elementos centrales para un proyecto de vida, y no se perciben desigualdades de género en la orientación recibida. Así, una parte de la orientación democrática hacia la equidad de género en el ámbito privado parece originarse en el hogar. Aunque existen diferencias de grado entre varones y mujeres, se observan expectativas educacionales especialmente altas en las mujeres, quienes perciben que sus padres y madres desean que ingresen a la universidad. Además, la independencia mediante el matrimonio se percibe como una decisión autónoma que los/as adolescentes no consideran prioritaria o deseable en esta etapa.

En contraste, para los varones, se combina la expectativa de educación terciaria con la posibilidad de formar una familia tras completar la educación secundaria, optando en algunos casos por la educación técnica. Esto implica trayectorias de vida diferenciadas: los varones son alentados a lograr independencia y formar un hogar en un plazo más breve, mientras que las mujeres se ven impulsadas hacia un camino más largo, asociado a la educación universitaria y una independencia económica prolongada. Como señala Martuccelli (2013), estas “pruebas existenciales” implican para las mujeres una mayor duración de las expectativas y desafíos, lo que podría llevarlas a experimentar su adolescencia temprana con la mirada puesta en la adultez futura, en un contexto de metas cambiantes y a menudo inciertas.

Alta “alfabetización” en salud sexual, pero bajo acercamiento a los sistemas de protección

La encuesta revela un nivel significativo de conocimiento en salud sexual entre adolescentes tempranos, particularmente en aspectos relacionados con la prevención de embarazos no deseados y VIH. Aunque algunos mitos persisten, como métodos ineficaces de control del embarazo y creencias erróneas sobre las prácticas sexuales, el conocimiento sobre prevención del VIH y métodos anticonceptivos es elevado. Estos conocimientos, junto con una visión igualitaria en cuanto a las responsabilidades en la salud sexual, confirman una tendencia hacia relaciones más democráticas entre géneros.

Además, esta orientación igualitaria ha propiciado el reconocimiento de ambos géneros como posibles víctimas y perpetradores de la violencia de pareja. Los datos indican diferencias estadísticamente significativas en las experiencias de violencia de pareja, siendo los varones quienes reconocen mayores niveles de victimización y también de perpetración.

La identidad sexual en los/as adolescentes (Vanwesenbeeck et al., 2021) se manifiesta en un alto nivel de conocimiento sobre la prevención de embarazos y VIH, aunque persiste una barrera emocional que los inhibe de acercarse a los servicios de salud. El desafío ahora es lograr que apliquen este conocimiento en una práctica de sexualidad saludable, superando el temor o la vergüenza de buscar apoyo en los sistemas de protección y salud.

Salud mental y vínculos sociales en crisis

La encuesta revela un panorama preocupante de salud mental entre adolescentes tempranos en Chile, con altos índices de síntomas depresivos y de ansiedad, especialmente entre las mujeres, que superan a los varones en casi todos los indicadores. Esta situación resalta la necesidad urgente de investigaciones y futuras intervenciones de salud pública enfocadas en la salud mental de esta población, y en particular en las adolescentes, quienes experimentan mayores niveles de sintomatología.

Los estereotipos de género tradicionales contribuyen a estos desafíos de salud mental, afectando tanto a varones como a mujeres. La expectativa de que los varones deben ser “fuertes” y emocionalmente resilientes a menudo los lleva a reprimir la expresión de sus emociones negativas,

mientras que las mujeres, influenciadas por estereotipos de emocionalidad, tienden a manifestar sus estados negativos a través de irritabilidad y frustración hacia su entorno.

Las experiencias adversas durante la infancia y adolescencia, que incluyen desde insultos hasta transgresiones sexuales, afectan significativamente la salud mental, con las mujeres reportando mayor acumulación de estas experiencias (Blum et al., 2019). Entre estas, destacan las carencias de afecto, protección y relevancia en sus vínculos, las cuales impactan con mayor fuerza a las adolescentes.

En cuanto a la identidad, las mujeres presentan mayores deficiencias en autoimagen y autoestima en comparación con los varones, lo que tiene un efecto en su desarrollo de agencia (Archer, 2009; Vanwesenbeeck et al., 2021). Este desarrollo de identidad se ve influido tanto por experiencias adversas como por la capacidad de reflexión y superación de estas. En este sentido, las relaciones de confianza y reconocimiento con sus cuidadores (Honneth, 2011) actúan como un factor protector, ayudando a mitigar los efectos de las experiencias negativas y reducir la probabilidad de síntomas de depresión y ansiedad. Un recurso clave para el afrontamiento es la posibilidad de contar con espacios de confianza donde puedan expresar sus emociones negativas, sea en el ámbito familiar o entre pares, en un contexto que ofrezca confidencialidad, empatía y contención emocional.

La salida de la pandemia del COVID-19 agrava esta situación de salud mental y experiencias adversas, aunque no es el único factor. Además de los efectos de las cuarentenas, persisten experiencias adversas vinculadas a relaciones de subordinación de género y condiciones de alta vulnerabilidad social. Los/as adolescentes actuales también enfrentan un entorno de socialización complejo y múltiple, con influencias familiares, escolares, de pares, medios de comunicación masiva y, sobre todo, redes sociales interactivas. Estas últimas han redefinido la experiencia adolescente, proporcionando una plataforma para crear y compartir contenido personal, pero también exponiéndolos a mensajes de validación o denigración que pueden quedar disponibles permanentemente.

Este nuevo contexto de socialización virtual, donde los mensajes negativos y las comparaciones con estándares de apariencia y éxito pueden ser constantes, contribuye a una exigencia social que empuja a los/as adolescentes hacia logros estéticos, educativos y laborales a un ritmo acelerado. La búsqueda de autonomía y autoestima se presenta como un objetivo imperativo de vida, pero también como una fuente de

frustración en el tránsito hacia la adultez (King et al., 2019; Rosa, 2015). Esta nueva generación se enfrenta a una realidad en la que deben balancear las demandas de un mundo virtual y físico cada vez más exigente, con poco tiempo para reflexionar sobre su identidad y su lugar en la sociedad antes de ingresar plenamente a la vida adulta en el trabajo, la educación y la familia.

Recomendaciones

- **Refuerzo de programas en salud y educación:** este primer estudio sobre adolescentes de 10 a 14 años en Chile ha despertado el interés de las comunidades escolares y de salud, quienes reconocen la necesidad de ajustar sus programas e intervenciones a las realidades descritas. Es fundamental desarrollar estrategias específicas y transversales para abordar las necesidades emergentes de este grupo etario.
- **Salud mental como prioridad:** la salud mental destaca como el principal desafío de salud pública, especialmente entre las mujeres. Se recomienda, además de los tratamientos terapéuticos necesarios, implementar talleres y currículos escolares que trabajen en la autoimagen, autoestima, resiliencia y autonomía, apoyando a los/as adolescentes en la toma de decisiones y en el manejo de expectativas familiares y sociales.
- **Salud sexual y reproductiva:** alineado con las recomendaciones de OMS, OPS y UNFPA, es crucial proporcionar educación sexual integral que abarque métodos anticonceptivos, prevención de ITS y prácticas sexuales seguras. La educación sexual en las escuelas debe adaptarse a la etapa de desarrollo de los/as adolescentes y seguir un enfoque de derechos y género, para desarrollar habilidades para la toma de decisiones informadas y la comunicación asertiva. Ampliar el acceso a consejería en salud sexual en los servicios de salud y disponer de material educativo en áreas de espera también contribuiría a mejorar el conocimiento y la accesibilidad de estos servicios (Ministerio de Salud, 2016; UNESCO, 2018; UNFPA-LACRO, 2016).
- **Reducción de barreras en el acceso a servicios de salud:** los/as adolescentes enfrentan barreras de acceso, como vergüenza o falta de información sobre dónde obtener anticonceptivos o tratamiento para ITS. Para abordar esto, es necesario avanzar en la transformación de

los sistemas de salud mediante estándares de calidad promovidos por OMS/OPS/ONUSIDA y UNFPA LACRO. En particular:

- **Estándar 1:** asegurar que los/as adolescentes conozcan sus derechos y servicios de salud disponibles. Esto incluye carteles visibles, material informativo en salas de espera y personal capacitado para difundir información y promover el uso de los servicios.
- **Estándar 2:** fomentar el apoyo comunitario a través de la participación de madres, padres, tutores/as y escuelas en la promoción de servicios de salud sexual y reproductiva, mediante actividades de divulgación y educación comunitaria.
- **Estándar 3:** capacitar al personal de salud en competencias técnicas y actitudinales para atender a adolescentes, respetando sus derechos sexuales y reproductivos y garantizando un servicio libre de prejuicios y discriminación (UNFPA-LACRO, 2016).
- **Prevención de la violencia de pareja y en entornos escolares:** aunque la violencia de pareja no es prevalente en la muestra, su impacto potencial en la salud física, mental y el rendimiento educativo es significativo. Se recomienda desarrollar programas escolares de prevención de la violencia, abordando temas como la violencia en citas románticas, el acoso y la violencia de género. Estos programas deben fortalecer habilidades sociales que permitan a los/as adolescentes gestionar sus emociones, resolver conflictos y promover una cultura de respeto y relaciones saludables sin violencia (OMS, 2020).
- **Continuación de la investigación:** se continuará con análisis más profundos de las variables y sus interacciones, a fin de proporcionar una comprensión más detallada y desarrollar recomendaciones adicionales para intervenciones específicas en adolescentes.

Referencias

- Archer, M. (2009). *Realismo social: El enfoque morfogenético*. Universidad Alberto Hurtado.
- Blum, R. W., Li, M., & Naranjo-Rivera, G. (2019). Measuring Adverse Child Experiences Among Young Adolescents Globally: Relationships With Depressive Symptoms and Violence Perpetration. *Journal of Adolescent Health, 65*(1), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.020>
- Honneth, A. (2011). *La sociedad del desprecio*. Trotta.
- Illouz, E. (2021). *El fin del amor: Una sociología de las relaciones negativas*. Katz.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2023). *Proyecciones de población*. Ministerio de Economía. Gobierno de Chile.
- Kågesten, A., & Van Reeuwijk, M. (2021). Healthy sexuality development in adolescence: Proposing a competency-based framework to inform programmes and research. *Sexual and Reproductive Health Matters, 29*(1), 104-120. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1996116>
- King, V., Gerisch, B., & Rosa, H. (Eds.). (2019). *Lost in perfection: Impacts of optimisation on culture and psyche*. Routledge.
- Martuccelli, D. (2013). La individuación, estrategia central en el estudio del individuo. En C. Charry & N. Rojas (Eds.), *La era de los individuos: Actores, política y teoría en la sociedad actual*. LOM ediciones.
- Ministerio de Salud. (2016). *Guía práctica de consejería en salud sexual y reproductiva*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Observatorio Social. (2023). *Estimaciones tasas de pobreza comunal*. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.
- R Core Team. (s. f.). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Rosa, H. (2015). *Social acceleration: A new theory of modernity*. Columbia Press.
- UNESCO. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación sexual "Un enfoque basado en la evidencia"*. UNESCO.
- UNFPA-LACRO. (2016). *Estándares de calidad para mejorar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

- Vanwesenbeeck, I., Cense, M., Van Reeuwijk, M., & Westeneng, J. (2021). Understanding Sexual Agency. Implications for Sexual Health Programming. *Sexes*, 2(4), 378-396. <https://doi.org/10.3390/sexes2040030>
- World Health Organization. (2020). *Prevención de la violencia en la escuela. Manual práctico*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331022/9789240000254-spa.pdf>

Equipo de investigación

Francisca Dávalos Bachelet

Antropóloga social (Universidad de Chile), magíster en Antropología (FLACSO Argentina) y magíster en Derechos Humanos y Políticas Sociales (UNSAM, Argentina). Se ha desempeñado en cargos de gestión, docencia e investigación en instituciones de educación superior, como la Universidad de Santiago de Chile y la Universidad Autónoma. Ha sido consultora cualitativa en estudios sobre sistemas de redes de salud y percepciones en torno a procesos de enfermedad, salud y cuidados en Argentina. En Chile, ha trabajado en temas relacionados con el control de salud adolescente, salud sexual y reproductiva, y salud mental de adolescentes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Santiago.

Victoria Alicia Espinosa Ferrada

Bioquímica de la Universidad de Santiago de Chile. Doctora en Bioquímica por la Universidad de Chile. Académica Titular con jornada completa en la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la USACH. Cuenta con 20 años de experiencia docente en metodología de la investigación y bioestadística. Es investigadora adscrita al Centro de Investigación Biomédica y Aplicada de la Escuela de Medicina (CIBAP), con trayectoria en química medicinal y métodos de investigación en territorios.

Kara Hunersen, MPH

Experta técnica en género y juventud, con especialización en salud adolescente, salud sexual y reproductiva, y matrimonio infantil. Inició su carrera en organizaciones no gubernamentales enfocadas en incidencia y promoción de políticas. Durante los últimos seis años, ha trabajado en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, gestionando estudios de investigación en diversos países, evaluando intervenciones de transformación de género y diseñando programas dirigidos a jóvenes. Posee una maestría en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia.

Sergio Raúl Antonio Muñoz Navarro

Estadístico de la Universidad de Chile, con una maestría en Estadística Matemática del Interamerican Center for Statistical Training de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y un doctorado en Bioestadística de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, EE.UU. Actualmente, es profesor titular en la Universidad de La Frontera.

Dr. Jorge Gastón Puga Reyes

Médico salubrista. Magíster en Salud Pública y bachiller en Ciencias y Humanidades de la Universidad de Santiago de Chile. Académico del Centro de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas y del programa de Bachillerato en Ciencias y Humanidades de la Universidad de Santiago de Chile. Se desempeña como médico en el Centro de Salud Integral del Adolescente en la Corporación de Educación y Salud de San Bernardo. Su investigación se centra en salud de adolescentes, currículum universitario en carreras de salud, salud comunitaria y envejecimiento saludable.

Astha Ramaiya

Investigadora en la Unidad de Equidad de Género y asesora técnica del Global Early Adolescent Study en la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. Ha trabajado a nivel global en salud adolescente, salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, y VIH/SIDA. Sus intereses incluyen el estudio del género como sistema de poder en la violencia y su impacto en los resultados de salud a lo largo del ciclo de vida. Obtuvo su doctorado en Salud Pública (DrPH) en Salud Comunitaria y Prevención en la Universidad de Drexel.

Lorena Ramírez Concha

Matrona de la Universidad de Chile. Licenciada en Educación por la Universidad Central. Profesora asistente en la Universidad de Santiago de Chile (USACH). Directora del Centro Docente Asistencial de Atención Integral de Salud de Adolescentes, Rucahueche-USACH. Se desempeñó como Encargada Nacional del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en el Ministerio de Salud de Chile (2014-2018) y actualmente es asesora técnica de este programa. Ha participado en la elaboración de numerosas guías y orientaciones técnicas para la atención en salud de adolescentes. Además, es consultora para UNFPA LACRO en la implementación de pilotajes para la medición de cobertura y calidad de los servicios de salud para adolescentes en 10 países de América Latina y el Caribe.

Jairo Javier Vanegas López

Profesor asociado de la Facultad de Ciencias Médicas USACH, Escuela Obstetricia y Puericultura. Médico cirujano, magíster en Salud Pública con énfasis en ambiente y desarrollo humano, magíster en Bioética Social y Salud Pública, doctor en Salud Pública. Autor y coautor de publicaciones WOS, SCOPUS, SCIELO. Miembro del Colegio Médico y Sociedad Española de Epidemiología.

Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron al desarrollo de este informe.

Desde el inicio del proyecto GEAS Chile, hemos contado con el apoyo técnico constante, así como con valiosos comentarios y sugerencias del equipo de investigación de GEAS en la Universidad Johns Hopkins. Por ello, queremos agradecer especialmente a Robert Blum, Caroline Moreau, Leah Koenig, Mengmeng Li, Astha Ramaiya, Kara Hunersen y Trevor Arnett.

Extendemos nuestro agradecimiento al Dr. Venkatraman Chandra-Mouli, del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva y del Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por creer en nuestro equipo y su apoyo constante aun en las difíciles circunstancias que enfrentamos para llevar a cabo esta investigación y sus productos.

Este estudio no habría sido posible sin el apoyo de los actores locales, incluyendo los directores de escuela y maestros que facilitaron la recolección de datos y participaron activamente en todas las etapas del proceso. Agradecemos especialmente a los directores de Educación de la Corporación de Salud y Educación de la Municipalidad de San Bernardo, Nicolás Henríquez y Gloria Henríquez, y de manera especial a los directores de las escuelas seleccionadas, cuyo valioso y constante apoyo fue fundamental para la realización de este estudio.

También deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a la Universidad de Santiago de Chile, los investigadores, coordinadores de terreno, recolectores de datos y al equipo administrativo que respaldó esta iniciativa.

Finalmente, nuestro mayor agradecimiento es para todos los integrantes de las comunidades escolares con las que trabajamos, en especial a los/as adolescentes y sus familias, quienes generosamente compartieron su información y experiencias con nosotros.

Director

Galo Ghigliotto

Equipo editorial

Luz María Astudillo

Daniella Gutiérrez

Katherine Hoch

Consuelo Olguín

Equipo diseño

Andrea Estefanía

Andrea Meza

Ana Ramírez

Equipo administrativo

Martín Angulo

Daisy Farías

Claudia Gamboa

Equipo comercial

Darío Núñez

Javier Solís



EDITORIAL
USACH

*

Esta
primera
edición de
*Una visión de la
adolescencia temprana:
género y salud en una comuna
suburbana de Santiago de Chile* se
terminó de imprimir en abril de 2025 en los
talleres de Grupo Marketing Digital con un tiraje
de 300 ejemplares.

Para los textos de portada se utilizó
la tipografía Roboto Slab y
Montserrat; para el interior
se utilizó la tipografía
Minion Pro.



El presente libro aborda una temática de gran relevancia y desafío: el impacto del género en la salud y el bienestar de los/as adolescentes en la etapa temprana. Comprendida entre los 10 y 14 años, es una etapa en la que los cambios biológicos se entrelazan con factores psicosociales y culturales, creando un crisol de experiencias que varían considerablemente según el contexto en el que los/as adolescentes se desenvuelven.

A raíz de eso surge el Estudio Global de la Adolescencia Temprana (GEAS), investigación cuyo objetivo es comprender el proceso de socialización de género y los factores que intervienen en dicho proceso. Desde una perspectiva interdisciplinaria, los/as autores/as examinan cómo las normas y roles de género influyen en la manera en que los/as adolescentes perciben sus cuerpos, interactúan con sus pares y toman decisiones que afectan directamente su calidad de vida.



Colección
FACIMED
Facultad de Ciencias Médicas

