ORIENTACIONES TÉCNICAS Y PROGRAMÁTICAS INTERNACIONALES SOBRE

EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD FUERA DE LA ESCUELA

UN ENFOQUE BASADO EN EVIDENCIA PARA PROGRAMAS EXTRAESCOLARES

UNFPA
UNESCO
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
World Health Organization
unicef
UNAIDS
human reproduction programme hrp
research for impact
UNDP·UNFPA·UNICEF·WHO·WORLD BANK

Edición Resumida

ORIENTACIONES TÉCNICAS Y PROGRAMÁTICAS INTERNACIONALES SOBRE

EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD FUERA DE LA ESCUELA

Un enfoque basado en evidencia
para programas extraescolares

Publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

605 Third Avenue, New York, NY 10158, United States of America

Derechos reservados
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2020

ISBN 978-08-9-714045-4

Prólogo

El mundo de hoy es hogar de una de las generaciones jóvenes más grandes de la historia. Al invertir en su salud y educación, los gobiernos pueden contribuir a la participación de las y los jóvenes en la sociedad, asegurar su bienestar y ayudarles a alcanzar su máximo potencial. Al encontrarse en la intersección de la educación y la salud, la educación integral en sexualidad (EIS) es fundamental para lograr avances en lo que respecta a resultados de salud y la igualdad de género. Les proporciona a las y los jóvenes las herramientas que necesitan para tener vidas y relaciones saludables, además de ayudarles a tomar decisiones transformadoras relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

No obstante, muchas personas jóvenes reciben de manera cotidiana una variedad de mensajes científicamente incorrectos, contradictorios y confusos acerca de la sexualidad y el género. Esto se puede traducir en graves riesgos para su salud, su bienestar y su dignidad. Por este motivo, los resultados precarios en materia de salud sexual y reproductiva son una realidad para muchas personas jóvenes hoy en día. Esto apunta a la necesidad urgente de impartir EIS eficaz en gran escala. Publicadas por el UNFPA, en colaboración con organismos como UNESCO, UNICEF, ONUSIDA y la OMS, las *Orientaciones Técnicas y Programáticas Internacionales sobre EIS Fuera de la Escuela* reflejan el compromiso conjunto con este trabajo.

Este compromiso se da en medio de un dinamismo creciente a favor de la EIS en todo el mundo, y coincide con el 50º aniversario del UNFPA y el 25º aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su trascendental Programa de Acción. También contribuye la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, cuyo objetivo es llegar a las personas más rezagadas, incluyendo a los jóvenes, las personas con discapacidades, aquellas que viven con el VIH, las comunidades indígenas, y las personas refugiadas y migrantes. Como muchos de los jóvenes que pertenecen a estos grupos no están escolarizados, y aquellos que asisten a la escuela pueden no recibir EIS, los programas extraescolares pueden ayudar a cerrar estas brechas y responder a sus necesidades.

Estas Orientaciones complementan y hacen referencia a las *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad* publicadas en 2018. Elaborada a partir de evidencia y basada en un enfoque de derechos humanos, esta edición extraescolar proporciona orientaciones y recomendaciones concretas para asegurarnos de que las y los jóvenes más vulnerables reciban información que les permita desarrollar los conocimientos y las habilidades que necesitan para tomar decisiones informadas relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

Junto con nuestros socios colaboradores, UNESCO, UNICEF, ONUSIDA y la OMS, desde el UNFPA exhortamos a los desarrolladores de programas a aplicar estas orientaciones integrales para promover el empoderamiento, la autodeterminación y la salud de aquellos jóvenes en mayor riesgo de experimentar resultados negativos. Lo anterior incluye a aquellos que enfrentan situaciones de violencia y discriminación, marginación, pobreza, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y problemas de salud mental, entre otras problemáticas. Estamos comprometidos a fortalecer y promover los valores universales que se destacan en estas Orientaciones, incluyendo la igualdad de género, la dignidad, la inclusión social y los derechos humanos para todas las personas.

Continuaremos con nuestros esfuerzos hasta que todas las personas jóvenes tengan los conocimientos necesarios para vivir una vida saludable, la oportunidad de desarrollar su máximo potencial, y el espacio para contribuir a la construcción de un mejor futuro para todas las personas.

Dra. Natalia Kanem

Directora Ejecutiva del UNFPA

Siglas y abreviaciones

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
APCOM	Coalición Asia Pacífico sobre Salud Sexual Masculina
APN+	Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (Red Asia-Pacifico de Personas que Viven con VIH/sida)
EIS	educación integral en sexualidad
GNP+	Global Network of People Living with HIV/AIDS (Red Global de Personas que Viven con VIH/sida)
INPUD	International Network of People who Use Drugs (Red Internacional de Personas que Usan Drogas)
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar)
IRC	International Rescue Committee (Comité Internacional de Rescate)
LGBQ+	orientaciones lésbica, gay, bisexual, pansexual, asexual y otras no heterosexuales
LGBTQ+	identidades lésbica, gay, bisexual, trans y no cisgénero (tales como intersexual, género no binario/género no conforme y agénero)
NSWP	Global Network of Sex Work Projects (Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OTIES	*Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad*
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	virus de inmunodeficiencia humana

Agradecimientos

El trabajo relacionado con estas Orientaciones fue iniciado, coordinado y desarrollado por **Ilya Zhukov**, *Punto Focal Global sobre Educación Integral en Sexualidad, Oficina de Salud Sexual y Reproductiva, División Técnica, del UNFPA.* Las Orientaciones fueron redactadas por **Andrea Irvin**, *consultora en educación en sexualidad, género y derechos*, con el apoyo particular y las aportaciones de **Lili Warren**, *pasante del UNFPA*, e Ilya Zhukov. **Marina Plesons** y **Venkatraman Chandra-Mouli**, *del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigaciones de la OMS*, contribuyeron al texto con contenido adicional. Estas Orientaciones fueron editadas para esta edición resumida por **James Baer**.

Queremos agradecer las importantes aportaciones a las Orientaciones de las siguientes personas, que amablemente accedieron a ser entrevistadas para compartir su opinión acerca de las necesidades existentes en el campo de la educación en sexualidad para grupos de niños y jóvenes específicos; proporcionaron retroalimentación acerca de las secciones de la versión preliminar de las Orientaciones; participaron en una consulta de expertos globales que tuvo lugar el 12 y 13 de diciembre del 2017 en Oslo, Noruega; o contribuyeron de alguna otra manera:

Oliver Anene *Fondo para Jóvenes Líderes sobre el VIH*
Matthew Barclay *Gallaudet University*
Maria Bakaroudis *UNFPA*
Arup Barua *Pasante de la OMS*
Elizabeth Benomar *UNFPA*
Kimberly Berg *Consejo de Planificación sobre Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York*
Amie Bishop *consultora global en salud y derechos humanos*
Rune Brandrup *UNFPA*
Jalna Broderick *Quality of Citizenship Jamaica*
Pierre Brouard *Universidad de Pretoria y Sociedad Psicológica de Sudáfrica*
Kelwyn Browne *Banco Asiático de Desarrollo*
Christopher Castle *UNESCO*
Stavika Chalasani *UNFPA*
Tanaka Chirombo *National Association for Young People Living with HIV (Malawi)*
Emily Christie *ONUSIDA*
Esther Corona Vargas *Asociación Mundial para la Salud Sexual*
Chu Thanh Ha *It's Time (para hombres trans)*
Amelia Coleman *UNFPA*
Paul-Gilbert Colletaz *Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual*
Raine Cortes *Red Transgénero de Asia-Pacífico*
Cristina De Carvalho Eriksson *UNICEF*
Ralph DiClemente *Universidad de Nueva York*
Mary Donohue *Departamentos de Servicios Educativos* y Servicios de Día para Personas Adultas de la Ciudad de Nueva York
Danielle Engel *UNFPA*
Ingunn Eidhammer *Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo*
Adenike Esiet *Action Health Incorporated*
Bente Faugli *UNFPA*
Jessica Fields *Universidad Estatal de San Francisco*
Iehente Foote *Native Youth Sexual Health Network*
Hayley Gleeson *Federación Internacional de Planificación Familiar*
Lianne Marie Gonsalves *OMS*
Hunter Gray *UNESCO*
Gaj B. Gurung *Youth LEAD*
Marli Gutierrez-Patterson *Red Transgénero de Asia-Pacífico*
Jill Hanass-Hancock *Consejo Sudafricano de Investigación Médica*
Camilla Holst Salvesen *Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo*
Laura Hurley *Federación Internacional de Planificación Familiar*
Felicia Jones *ACNUR*
Axel Keating *InterACT*
Niki Khanna *consultora*
Elena Kiryushina *ONUSIDA*
Anneka Knutsson *UNFPA*
Poorna Kushalnagar *Gallaudet University*
Irene Kuzemko *Intersex Russia, Organization Intersex International (OII) Europe, e InterACT*
Shahnaz Islamova *ONG Tais Plus*
Jonathan Leggette *InterACT, Human Rights Campaign y GLAAD*
José Roberto Luna *UNFPA*
Deus Lupenga *Ministerio del Trabajo, Juventud, Deportes y Desarrollo de la Fuerza Laboral, Gobierno de Malawi*
Sarah Martin *especialista en prevención y respuesta a la violencia de género en emergencias*
Neil McCulloch *Red Global de Proyectos de Salud Sexual*
Katherine McLaughlin *Elevatus Training LLC*
Jeff Migliozzi *Perkins School for the Blind*
Petar Mladenov *CSE Advocacy Hub*
Kuraish Mobiru *Uganda Young Positives*
Lebogang Motsumi *Red de Jóvenes y Adolescentes Africanos sobre Población y Desarrollo*

Geeta Narayan *UNFPA*
Lada Nuzhna *Unión Eurasiática de Adolescentes y Jóvenes Teenergizer*
Grace Osakue *Iniciativa Girls' Power*
Yana Panfilova *Unión Eurasiática de Adolescentes y Jóvenes Teenergizer*
Piotr Pawlak *consultor en temas de género*
Maureen Phiri *National Youth Network (Malawi)*
Kenita Placide *Alianza del Caribe Oriental por la Diversidad y la Igualdad*
Deepa Prasad *UNFPA*
Habib Rahman *Red de Trabajadoras y Trabajadores Sexuales de Asia y el Pacífico*
Inad Rendon *APCOM*
Arturo Requesens Galnares *Secretariado del Foro Permanente para Cuestiones Indígenas*
Amanda Saenz *InterACT*
Brian Schreifels *Elevatus Training LLC y The Arc Minnesota*
Elizabeth Schroeder *experta en educación en sexualidad*
Consuelo Senior *Young Adult Institute*
Leila Sharifi *UNFPA*
Venkatesh Srinivasan *UNFPA*
Nalini Srivastava *UNFPA*
Dany Stolbunov *Unión Eurasiática de Adolescentes y Jóvenes Teenergizer*
Anna Szczegielniak *Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos*
Gilles Virgili *UNFPA*
Emilie Wiederud *ACT Alliance y Church of Sweden*
Jennie Williams *consultora en trata de personas y género*
Kay Thi Win *Red de Trabajadoras y Trabajadores Sexuales de Asia y el Pacífico*
Susan Wood *Coalición Internacional para la Salud de la Mujer*
Natalia Zakareshvili *UNFPA*
Kimberly Zieselman *InterACT; y al personal, la junta directiva y jóvenes miembros de InterACT*

Un agradecimiento especial a las y los colegas de los organismos de las Naciones Unidas que contribuyeron con su apoyo, opiniones y revisión a lo largo del proceso:

Jenelle Babb *UNESCO*
Sally Beadle *UNESCO*
Nazneen Damji *ONU Mujeres*
Joanna Herat *UNESCO*
Elena Kudravtseva *ONU Mujeres*
Hege Wagan *ONUSIDA*
Damilola Walker *UNICEF*

También queremos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes organizaciones por su participación en la revisión de la sección de educación entre pares.

Advocates for Youth; EuroNGOs; Asociación Georgiana para el Desarrollo y la Educación Juvenil; Asociación de Educación e Investigación para la Salud, Macedonia; Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes-Ex Alumnos de Medicina; Instituto Internacional para el Desarrollo Juvenil PETRI–Sofía; Sociedad de la Media Luna Roja de Kirguistán; Y-PEER (Global, Albania y Macedonia); Youth Sexual Awareness for Europe (YSAFE); YouAct; Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos; y Youth LEAD.

Un agradecimiento adicional a:

Mika Yamai, *UNFPA,* que proporcionó apoyo para la organización, realización y elaboración de los informes de la consulta global con expertos.
Noruega, por su contribución financiera para los lanzamientos regionales y la divulgación de las Orientaciones. **PrintOnline.ru**, por el diseño gráfico y la producción de las Orientaciones.

Índice

Prólogo 3

Siglas y abreviaciones 4

Agradecimientos 5

Introducción 8

1. Descripción General de la EIS fuera de la Escuela 9

2. Desarrollo e Implementación de la EIS fuera de la Escuela 11

2.1 Desarrollo de programas 11
2.2 Implementación de programas 13
2.3 Cómo involucrar a los educadores de pares en la EIS fuera de la escuela 15
2.4 Cómo involucrar a los padres o tutores en la EIS fuera de la escuela 17
2.5 El uso de la tecnología en la EIS fuera de la escuela 18

3. Impartición de EIS Fuera de la Escuela a Grupos de Jóvenes Específicos 20

3.1 Grupos de un mismo género 20
3.1.1 Niñas y jóvenes mujeres 20
3.1.2 Niños y jóvenes varones 21
3.2 Jóvenes con discapacidades 22
3.2.1 Jóvenes con discapacidades en general 22
3.2.2 Jóvenes con discapacidades físicas 23
3.2.3 Jóvenes con discapacidades intelectuales 24
3.2.4 Jóvenes sordos o con audición reducida 25
3.2.5 Jóvenes ~~ciegos~~ 26
3.2.6 Jóvenes con trastorno del espectro autista 27
3.2.7 Jóvenes con discapacidades psicosociales 27
3.3 Jóvenes en entornos de crisis humanitarias 28
3.4 Jóvenes Indígenas 30
3.5 Personas jóvenes lesbianas, gays y bisexuales, y otros hombres jóvenes que tienen sexo con hombres 32
3.6 Jóvenes transgénero 34
3.7 Jóvenes intersexuales 36
3.8 Jóvenes que viven con el VIH 38
3.9 Jóvenes que consumen drogas 40
3.10 Jóvenes que venden servicios sexuales 41
3.11 Jóvenes en situación de detención 43

Glosario de Términos 45

Introducción

La primera edición de las *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad* (OTIES) fue publicada en el año 2009 por la UNESCO junto con ONUSIDA, UNICEF, UNFPA y la OMS. En los años transcurridos desde entonces, el campo de la educación integral en sexualidad (EIS) ha tenido un importante desarrollo a nivel global, con cambios positivos en el clima político y cultural para su implementación a nivel nacional, regional e internacional.

En 2016 y 2017, la UNESCO lideró un proceso para actualizar las OTIES con el propósito de reflejar nuevas evidencias y buenas prácticas. En 2018 se publicó una edición revisada de las OTIES (UNESCO et al, 2018; cualquier referencia adicional a las OTIES en esta publicación alude a esta edición revisada). Esa edición incluye una descripción general acerca de la EIS, evidencia acerca de su efectividad, y conceptos clave, temas y objetivos de aprendizaje con fundamentos científicos para su inclusión en los currículos de EIS dirigidos a cuatro grupos de edad: 5 a 8 años, 9 a 12 años, 12 a 15 años, y 15 a 18 años o más. También incluye orientaciones acerca de cómo generar apoyo para el desarrollo de programas de EIS eficaces, lo mismo que para su planeación y ejecución. Las OTIES son aplicables a programas de EIS tanto escolares como fuera de la escuela, pero se centran de manera principal en la EIS en el campo de la educación formal.

Con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en el 2015, los organismos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y otros asociados para el desarrollo se han comprometido a no dejar a nadie atrás y a llegar primero a las personas más rezagadas. Entre los niños y jóvenes más rezagados se encuentran aquellos que no asisten a la escuela y aquellos que enfrentan situaciones de discriminación y violaciones a sus derechos humanos por diversas razones. También son estos los niños y jóvenes que se encuentran en mayor riesgo de tener resultados precarios en materia de salud sexual y reproductiva. Es por ello que los actores interesados solicitaron el desarrollo de un documento que contuviera orientaciones relacionadas con la EIS fuera de la escuela por separado.

Objetivo de estas Orientaciones

Estas *Orientaciones Técnicas y Programáticas Internacionales sobre Educación Integral en Sexualidad Fuera de la Escuela–Edición Resumida* han sido formuladas para su uso junto con las OTIES. Las OTIES proporcionan la base para la EIS en su conjunto y ofrecen definiciones más detalladas acerca de la misma (OTIES, Sección 2), cómo es que contribuye a mejorar la salud y el bienestar de los niños y los jóvenes (Sección 3), la base de evidencia para la EIS (Sección 4), conceptos clave, temas y objetivos de aprendizaje (Sección 5), y consejos acerca de cómo planear la implementación y ejecución de programas de EIS eficaces y cómo obtener apoyo para los mismos (Sección 6).

Estas Orientaciones buscan retomar y complementar a las OTIES a través de una serie de directrices con información basada en la evidencia y la práctica formuladas específicamente para programas que impartan EIS en ámbitos extraescolares, lo mismo que para programas dirigidos a satisfacer las necesidades de grupos que, de manera general, tienen pocas probabilidades de ser incluidos en los programas de EIS para niños y jóvenes. Esta publicación ofrece orientaciones programáticas más detalladas acerca de cómo desarrollar programas de EIS que sean adecuados y seguros para estos grupos de niños y jóvenes. Por ello, el objetivo de estas Orientaciones es:

- **proporcionar una definición clara del concepto de la EIS fuera de la escuela**
- **facilitar la comprensión de la necesidad de la EIS fuera de la escuela** a través de crear una mayor consciencia acerca de las problemáticas y preocupaciones en los ámbitos de la sexualidad, la salud y los derechos que afectan a niños y jóvenes –incluyendo grupos específicos de niñas, niños y jóvenes– que en ocasiones no son planteadas en la escuela.
- **ofrecer orientaciones acerca de cómo desarrollar programas de EIS fuera de la escuela,** incluyendo currículos y materiales de enseñanza-aprendizaje basados en evidencia, acordes con las diferencias culturales, apropiados a las diferentes edades, que tomen en cuenta la etapa de desarrollo, con reconocimiento de la experiencia traumática (ver p. 14) y que satisfagan las necesidades de grupos específicos de niñas, niños y jóvenes.

Esta publicación es una versión resumida de las Orientaciones en su totalidad. Contiene la información más relevante y práctica acerca del diseño, desarrollo e implementación de programas de EIS extraescolar eficaces. También incluye una completa lista de referencias que se encuentra disponible como un anexo por separado. Además de la información contenida en esta edición resumida, la versión completa de las Orientaciones incluye:

- un resumen de la revisión de la literatura llevada a cabo para la formulación de estas Orientaciones
- una introducción más detallada a las necesidades de los diferentes grupos de niños y jóvenes que se abordan en estas orientaciones, además de una descripción del estado de la EIS en lo que respecta a cada grupo
- evidencia acerca de la efectividad de la EIS fuera de la escuela, tanto de manera general como para cada uno de los grupos específicos de niñas, niños y jóvenes que se abordan en estas orientaciones
- descripciones más detalladas de una serie de conceptos y enfoques pedagógicos
- una consideración acerca de la situación actual, las oportunidades y los desafíos para la implementación de la EIS extraescolar.

A quiénes están dirigidas estas Orientaciones

El objetivo de estas Orientaciones es ayudar a cualquier persona que trabaje en el diseño o la implementación de programas de EIS en entornos extraescolares. Lo anterior incluye a departamentos de gobierno, organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales, organizaciones comunitarias, organismos de las Naciones Unidas y jóvenes.

Estructura de las Orientaciones

La **Sección 1** ofrece una descripción general de la EIS fuera de la escuela, incluyendo su definición, objetivos y funciones, además de las oportunidades y limitaciones relacionadas con la EIS fuera de la escuela.

1. Descripción General de la EIS fuera de la escuela

La **Sección 2** ofrece una serie de orientaciones para el desarrollo y la implementación de la EIS extraescolar en general, además de promover la participación de educadores de pares, padres o tutores, y el uso de la tecnología. También incluye recomendaciones aplicables a todos los grupos de población que se abordan en la Sección 3.

La **Sección 3** ofrece una serie de orientaciones para la impartición de EIS fuera de la escuela a grupos específicos de niños y jóvenes (reconociendo que muchos niños y jóvenes pueden pertenecer a más de uno de estos grupos): niñas y niños por separado; a jóvenes con discapacidades; a jóvenes en entornos de crisis humanitarias; a jóvenes indígenas; jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y de género no binario/género no conforme; jóvenes transgénero; jóvenes intersexuales; jóvenes que viven con el VIH; jóvenes que consumen drogas; jóvenes que venden servicios sexuales; y jóvenes en situación de detención.

Cómo se desarrollaron estas Orientaciones

En el año 2017, el UNFPA encargó una revisión de la literatura acerca de la efectividad de la EIS fuera de la escuela. Esa revisión se hizo circular para obtener retroalimentación entre un grupo de expertos técnicos de todo el mundo que trabajan en los ámbitos de la educación, la salud, el desarrollo juvenil, los derechos humanos y la igualdad de género, incluyendo investigadores, funcionarios de ministerios de educación, implementadores de programas de ONG, asociados para el desarrollo y jóvenes.

Los hallazgos de la revisión de la literatura fueron presentados y discutidos durante una consulta de expertos a nivel global convocada por el UNFPA a finales de 2017, en donde los participantes formularon un anteproyecto de las Orientaciones.

Después de recibir retroalimentación adicional acerca de ese anteproyecto, se procedió a redactar las Orientaciones utilizando los insumos derivados de entrevistas adicionales llevadas a cabo con expertos jóvenes y adultos para garantizar que estas se basaran en la práctica y respondieran a las problemáticas que afectan a grupos específicos de niñas, niños y jóvenes. También se convocó a una serie de expertos en las necesidades de salud sexual y reproductiva de estos grupos para que revisaran las secciones pertinentes. Por ello, estas Orientaciones están basadas en la evidencia, en las aportaciones de una amplia variedad de expertos, incluyendo la perspectiva de personas jóvenes, y en una comprensión de las buenas prácticas existentes y programas exitosos. El borrador final de las Orientaciones fue compartido con expertos clave y puntos focales de Naciones Unidas para obtener sus comentarios y su retroalimentación.

Estas Orientaciones utilizan la definición de EIS que se encuentra en las OTIES, edición revisada:

> "La educación integral en sexualidad (EIS) es un proceso que se basa en un currículo[1] para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan el bienestar de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos."

Una EIS de alta calidad se caracteriza por ser:

- científicamente correcta
- gradual
- adecuada a cada edad y etapa del desarrollo
- una educación de base curricular
- integral
- una educación basada en un enfoque de derechos humanos
- una educación basada en la igualdad de género
- culturalmente pertinente y adecuada al contexto
- transformadora
- capaz de desarrollar las aptitudes necesarias para apoyar elecciones saludables.

En la Sección 2.1 de las OTIES se encuentran las definiciones detalladas de estas características.

La EIS escolar es una EIS que se imparte en la escuela a los estudiantes como parte del currículo escolar (independientemente de que este sea impartido dentro o fuera de los horarios escolares normales). Las OTIES describen cómo es que la EIS impartida en la escuela ofrece "una oportunidad importante de alcanzar con la educación en sexualidad a grandes números de jóvenes antes de que sean sexualmente activos, además de ofrecer un entorno estructurado de aprendizaje".

La EIS fuera de la escuela, por otro lado, es EIS impartida fuera del currículo escolar. La EIS fuera de la escuela tiene varias funciones importantes. Permite:

- proporcionar EIS a niñas, niños y jóvenes que asisten a la escuela en situaciones en las que la EIS no forma parte del currículo escolar
- proporcionar EIS a niñas, niños y jóvenes no escolarizados

[1] De acuerdo con las OTIES, "que se basa en un currículo" significa que existe un documento escrito para orientar los esfuerzos de los educadores dirigidos a apoyar el aprendizaje de los estudiantes, el cual "abarca objetivos clave de aprendizaje, el desarrollo de objetivos de aprendizaje, la presentación de conceptos y la entrega de mensajes clave claros en una manera estructurada. Puede impartirse dentro o fuera de los entornos educativos."

- complementar la educación en sexualidad impartida en la escuela, de manera particular en contextos en los que esta no es integral o de alta calidad
- proporcionar una EIS adecuada a las diferentes necesidades de grupos específicos de niñas, niños y jóvenes

La EIS fuera de la escuela es importante, ya que, de acuerdo con estimaciones de la UNESCO, actualmente existen 263 millones de niños en el mundo que no asisten a la escuela, incluyendo 63 millones de niños en edad escolar de educación primaria, 61 millones en edad escolar de secundaria básica, y 139 millones en edad escolar de secundaria superior (UIS, 2018).

La EIS fuera de la escuela puede ser impartida a través de sesiones presenciales dirigidas por facilitadores, educadores de pares o padres de familia, en ocasiones mediante el uso de tecnología, incluyendo computadoras, Internet y teléfonos móviles. Lo anterior puede tener lugar en una variedad de entornos:

- organizaciones comunitarias o de la sociedad civil
- centros o clubes juveniles
- clínicas de salud
- campamentos de verano
- instituciones u organizaciones religiosas
- en la escuela fuera del horario escolar (a menos que sea impartida por un docente de la escuela a sus estudiantes, en cuyo caso sería considerada como EIS escolar)
- familias (a través de programas estructurados padres-hijos)
- lugares de trabajo
- instituciones correccionales tales como prisiones, centros de detención o centros correccionales juveniles.
- campamentos de refugiados u otro tipo de albergues en donde las personas busquen ayuda humanitaria.

Es importante destacar que, de acuerdo con las OTIES, los programas de EIS fuera de la escuela no solo deben ofrecerse a adolescentes y jóvenes; también deben ofrecerse, de manera adecuada a las diferentes edades y etapas del desarrollo, a niñas y niños más pequeños. Esto es importante porque las niñas y los niños adquieren información pertinente para la sexualidad de muchas fuentes a partir de una edad temprana, y la EIS ayuda a garantizar que su aprendizaje sea correcto, seguro y pertinente, y fomente la igualdad de género (Igras et al., 2014; Lundgren y Amin, 2015, Kågesten et al., 2016; Blum et al., 2017; Chandra-Mouli et al., 2017).[2]

Comparada con la EIS impartida en la escuela, la EIS fuera de la escuela permite crear un espacio más informal y flexible que el que sería posible en la escuela, con el potencial de trabajar con grupos de aprendizaje más pequeños, horarios de clase más extendidos, una impartición más variada y creativa del currículo, y una mayor interacción entre los estudiantes. También permite reunir a niños y jóvenes con experiencias de vida similares o que viven en el mismo contexto, especialmente aquellos marginados, ofrecerles una EIS adecuada a sus necesidades específicas, y alentarlos a formar redes de apoyo mutuo.

La EIS fuera de la escuela también permite abordar temas sensibles y promover un enfoque basado en derechos que fomente la igualdad de género y el empoderamiento en una forma que no siempre resulta factible o aceptable en el ámbito escolar. Los facilitadores pueden alentar a los estudiantes a compartir preguntas y perspectivas que podrían ser renuentes a compartir con sus maestros en la escuela. Por último, los programas extraescolares pueden tener una mayor capacidad para ofrecer insumos de salud sexual y reproductiva y vincular a los niños y los jóvenes a servicios, mentores y otras formas de apoyo.

Es importante destacar que la EIS fuera de la escuela también enfrenta barreras sociales y operativas, que a menudo son las mismas barreras enfrentadas por la EIS escolar. Por ejemplo, puede resultar difícil obtener apoyo de la comunidad si el contenido curricular está estigmatizado o se considera inaceptable. Por otra parte, en el caso de los entornos no escolarizados en particular, si los participantes previstos son miembros de grupos marginados, podrían ser estigmatizados por miembros de la comunidad si acuden a dichos entornos, o incluso pueden ser acosados por la policía. Otro reto adicional consiste en identificar, capacitar, apoyar y retener a facilitadores motivados, que estén calificados y tengan una actitud adecuada, además de asegurarse de que se apeguen al currículo (Vanwesenbeeck et al., 2016).

Una barrera adicional es la logística necesaria para el suministro de materiales e insumos adecuados, además de entornos seguros y convenientes, y los horarios para las sesiones de EIS.~~, plantea una barrera adicional~~. Por último, puede resultar complicado lograr que los participantes previstos se enteren de que existe EIS fuera de la escuela disponible, ayudarles a verla como pertinente, abordar cualquier inquietud que pudieran tener acerca de su participación, y apoyarlos para que superen los obstáculos asociados con la distancia o el tiempo que tendrían que distraer de otros compromisos. Todos estos factores pueden hacer que resulte más difícil reunir a los niños y los jóvenes y garantizar una continuidad con el mismo grupo de estudiantes con el fin de aprovechar el aprendizaje anterior y abarcar el currículo en su conjunto (Vanwesenbeeck et al., 2016).

A pesar de estos desafíos, de la misma manera en que sucede con la EIS escolar, los programas de EIS extraescolar implementados de manera eficaz también pueden contribuir a alcanzar metas más amplias:

- **Modificar las normas sociales:** Aquellos programas que se centran de manera exclusiva en la formación y modificación de los comportamientos y las actitudes individuales e interpersonales de los estudiantes pueden tener una efectividad limitada a largo plazo. Los programas deben contribuir a un conjunto de abordajes más amplios que busquen reducir las desigualdades de género y la vulnerabilidad, y modificar normas sociales nocivas que contribuyen al estigma y la discriminación (Abramsky et al., 2014; Svanemyr et al., 2015; Abramsky et al., 2016).
- **Contribuir al cambio de políticas:** De la misma forma, los programas deben promover abordajes que busquen influir en los gobiernos y autoridades encargados de formular e instrumentar leyes y políticas que incidan en la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos de los niños y los jóvenes (Svanemyr et al., 2015). En particular, lo anterior

[2] En su mayor parte, estas Orientaciones no abordan contenidos para programas de EIS fuera de la escuela dirigidos a edades específicas. Las referencias a los conceptos de actividad sexual, parejas sexuales, anticoncepción, etc., no deben interpretarse en el sentido de que estos temas son apropiados para la EIS fuera de la escuela para todos los grupos de edad. Para encontrar orientaciones específicas acerca de contenidos curriculares adecuados a las diferentes edades, se invita a los lectores a consultar las OTIES.

significa abogar por el acceso de los niños y los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva. En muchos países existen leyes y políticas que restringen el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva por motivos de edad y estado civil e impiden que los niños y los jóvenes menores de 18 años tengan acceso a servicios sin el permiso de sus padres, tutores o cónyuges. El concepto de la capacidad evolutiva del niño (Artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño), por lo general no se observa, a pesar de que la Observación General No. 4 del Comité de los Derechos del Niño reconoce que los Estados Partes deben garantizar que los niños tengan acceso a información sobre salud sexual y reproductiva apropiada, independientemente de su estado civil o del consentimiento de sus padres o tutores, y también que los Estados Partes deben garantizar la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento de los padres. Los esfuerzos de abogacía deben buscar garantizar que los niños y los jóvenes tengan acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan para poder adoptar conductas saludables, proporcionados por profesionales capacitados en salud adolescente.

Si bien es cierto que estas Orientaciones se basan en la investigación y la evidencia disponibles, lo mismo que en la experiencia del desarrollo y la implementación de programas de EIS fuera de la escuela, están limitadas por la falta de literatura revisada por pares acerca de la EIS fuera de la escuela en general, lo mismo que acerca de los grupos específicos de niños y jóvenes que se abordan en estas Orientaciones. Muchos artículos revisados por pares incluyen intervenciones, tanto escolares, como extraescolares y no distinguen entre ambos tipos de intervenciones en sus análisis y hallazgos. Las brechas en la evidencia incluyen:

- una cantidad limitada de evidencia proveniente de países de ingresos bajos y medianos y contextos de crisis humanitarias
- un análisis o comprensión insuficientes de por qué los programas que se consideran eficaces funcionan, y los principales factores que los vuelven eficaces
- estudios insuficientes acerca de la calidad, integridad o lealtad a los programas, y el impacto de los facilitadores en sus resultados
- evidencia limitada acerca del impacto de los juegos formativos (ver Glosario) basados en tecnología de alta calidad y otros programas interactivos.

Es importante que la investigación futura permita zanjar estas brechas y nos permita continuar construyendo la base de evidencia necesaria para apoyar la EIS fuera de la escuela en favor de la salud y el bienestar de los niños y los jóvenes.

2. Desarrollo e Implementación de la EIS fuera de la escuela

Muchos de los principios y enfoques usados para el desarrollo y la implementación de programas de EIS fuera de la escuela son idénticos o similares a aquellos para la EIS escolar, que se detallan en las OTIES. De la misma forma, los contenidos básicos de la EIS fuera de la escuela son los mismos que aquellos de la EIS escolar, aunque algunos programas pueden añadir contenidos dependiendo de las necesidades específicas de sus participantes. En las Secciones 2.1 y 2.2 se presentan algunas consideraciones para el desarrollo y la implementación de la EIS que son particularmente pertinentes para los programas extraescolares. En las Secciones 2.3, 2.4 y 2.5 se aborda cómo involucrar a los educadores de pares y los padres, y cómo usar la tecnología en la EIS fuera de la escuela.

Las orientaciones descritas en la Sección 2 están diseñadas para su aplicación a la EIS impartida a cualquiera de los grupos de población descritos en la Sección 3.

2.1 Desarrollo de programas

Crear un entorno favorable

Es importante obtener apoyo para la EIS fuera de la escuela, lo mismo que para poder trabajar con grupos específicos de niñas, niños y jóvenes, antes de comenzar a planear un programa. Esto se aplica de manera particular a aquellas comunidades en las que la EIS pudiera considerarse un tema sensible o en donde se prevé que exista oposición a la misma. Los esfuerzos de vinculación con las partes interesadas, ya sea de manera individual o en grupo, deberán dirigirse a:

- explicar qué es la EIS, ofrecer evidencia que demuestre por qué es necesaria, y describir los objetivos del programa
- entender y despejar las inquietudes y preguntas (tanto positivas como negativas) de las partes interesadas y abordar cualquier concepto erróneo o mito acerca de su influencia en el comportamiento sexual.

Los grupos pertinentes para esos esfuerzos de vinculación a nivel nacional (y, en los casos en los que resulte pertinente, a nivel local) incluyen a:

- niñas, niños y jóvenes
- padres, tutores, otros miembros de la familia y parientes políticos de jóvenes casadas
- organizaciones de la sociedad civil que trabajen con jóvenes y dirigidas por ellos
- líderes comunitarios, por ejemplo, líderes cívicos, religiosos o tradicionales
- prestadores de servicios de salud y otros servicios
- medios de comunicación

- el sector privado
- representantes de gobiernos locales (por ejemplo, a nivel distrital)
- ministerios de la niñez, la juventud, salud, la mujer, género, protección, justicia, bienestar social, asuntos indígenas, y departamentos de educación formal y no formal (UNFPA 2014b).

Planeación

- **Lleve a cabo un análisis de situación:** Para ello se puede consultar a las mismas categorías de partes interesadas contactadas como parte de las actividades de vinculación. El análisis de situación puede servir como base para el diseño curricular (Every Woman Every Child, 2017; UNFPA, 2014b). El análisis deberá:
  - evaluar las leyes y políticas pertinentes
  - reunir evidencia a nivel nacional y local acerca de los resultados de salud sexual y reproductiva entre los niños y los jóvenes y su necesidad de EIS. Esa evidencia deberá incluir la prevalencia o incidencia del VIH en áreas geográficas específicas y entre diferentes poblaciones para poder garantizar una atención adecuada en materia de prevención del VIH, su tratamiento y el acceso a atención.
  - identificar qué tipo de educación en sexualidad ya se ofrece, incluyendo aquella impartida en escuelas, y cuáles son las principales brechas
- **Identifique todas las necesidades de los participantes para asegurarse de que el programa satisfaga sus necesidades, intereses y aspiraciones:** Lo anterior puede ir más allá de la EIS e incluir aspectos tales como planeación y definición de metas, educación y capacitación, además de oportunidades de empleo, con el fin de construir sus activos sociales, de salud y económicos.
- **Involucre a representantes locales de grupos de población específicos en el desarrollo y la ejecución del programa:** Por ejemplo, los grupos que representan y defienden los derechos y el bienestar de las personas con discapacidades, las personas en entornos humanitarios, etc., pueden aportar perspectivas o recursos para el programa de EIS y generar apoyo para el mismo en la comunidad más amplia.
- **Integre o vincule la EIS fuera de la escuela con los programas ya existentes:** Estos pueden incluir iniciativas de igualdad de género o de prevención de la violencia dirigidas a niñas y mujeres jóvenes, programas para la participación de niños y varones jóvenes en temas de igualdad de género o salud sexual y reproductiva, y campañas para poner fin al matrimonio infantil, evitar la transmisión del VIH, promover la educación de las niñas, promover la educación sobre la pubertad o ritos de iniciación tradicionales, o fortalecer las leyes relacionadas con la violencia de género (UNFPA, 2014b).
- **Considere la posibilidad de complementar la educación individualizada con intervenciones en la comunidad:** Estas intervenciones deberán buscar educar a la comunidad en su conjunto y abordar cualquier tipo de estigma, discriminación y violencia experimentado por los niños y los jóvenes. Esto puede generar un mayor interés y una mayor aceptación por parte de la comunidad, además de ofrecer múltiples puntos de ingreso al programa.
- **Facilite el acceso a servicios relacionados:** Entre en contacto con una variedad de servicios para conocer su disposición para recibir a niños y jóvenes derivados a los mismos, y también para trabajar con grupos específicos (por ejemplo, personas con discapacidades, personas transgénero, personas en entornos de crisis humanitarias, etc.), en la medida en que el contexto legal y social lo permita. Estos servicios pueden incluir servicios sociales, de salud y de protección social; capacitación técnica y para el trabajo; educación continua, de recuperación/refuerzo o informal; y asistencia legal. Elabore una lista de servicios recomendados a los que los facilitadores puedan derivar a niños y jóvenes con confianza.
- **Considere el momento óptimo y la frecuencia de las sesiones de EIS:** La EIS fuera de la escuela puede impartirse como un curso continuo a lo largo de varios días consecutivos, por medio de sesiones una o dos veces por semana a lo largo de un periodo de tiempo, o con una combinación de ambas formas. Impartir la EIS a lo largo del tiempo, por ejemplo, de manera semanal en lugar de hacerlo en varios días consecutivos, les ofrece a los participantes una mayor oportunidad de absorber y aplicar lo que han aprendido. Las sesiones múltiples permiten reforzar los mensajes de manera más eficaz, además de ofrecer a los participantes oportunidades continuas para involucrarse con un tema, aprender y comenzar a cambiar actitudes y comportamientos (Nayar et al., 2014; Marcus et al., 2017). Imparta el programa de una manera que no interfiera con otros aspectos de las vidas de los participantes.

Contenido curricular

- **Planee el currículo de manera metódica:** Identifique claramente los objetivos y los resultados de aprendizaje a través del uso de un modelo lógico, e involucre a personas expertas en pedagogía y desarrollo curricular. Los desarrolladores de programas pueden tomar como referencia las OTIES para asegurarse de que su currículo cubra una amplia variedad de temas. El currículo resultante deberá ser piloteado y adaptado antes de ser implementado (UNFPA 2014b).
- **Desarrolle contenidos adecuados a las diferentes edades:** Las OTIES ofrecen recomendaciones acerca de abordajes y contenidos para niñas, niños y jóvenes de diferentes grupos de edad. El enfoque gradual característico de la EIS de alta calidad presenta información basada en el aprendizaje previo, tomando en consideración las necesidades cambiantes y las capacidades de las niñas, niños y jóvenes a medida que crecen.
- **Base la información en hechos y sea claro:** Los programas deben desenmascarar mitos y corregir información errónea, no solo acerca de la salud sexual y reproductiva, sino también acerca de los grupos que son objeto de estigma o discriminación.
- **Adopte una visión de la sexualidad pragmática y libre de prejuicios:** Las OTIES hacen énfasis en una visión positiva de la sexualidad. Las discusiones acerca de temas como la pornografía, tener múltiples parejas sexuales y el trabajo sexual deberán abordarse de manera objetiva y pragmática.
- **Ponga atención a aquello que las personas están aprendiendo en otras partes:** Los currículos deberán tomar en cuenta la EIS formal o informal que los participantes estén recibiendo en otros lugares. También deberán tomar en cuenta las influencias sociales o la influencia de los medios de comunicación en las actitudes hacia la masculinidad y la feminidad, además del acceso a la pornografía y su posible influencia en las actitudes y el comportamiento sexual, y deberán incluir estrategias para contrarrestar activamente o mitigar cualquier material particularmente perjudicial de manera afirmativa (Brown y L'Engle, 2009; UNICEF, 2017).
- **Adopte un enfoque con pertinencia cultural:** En aquellos lugares en los que existen múltiples grupos étnicos y culturas, los currículos deberán representar a todas las culturas, no nada más a la cultura dominante. Los contenidos deberán ser pertinentes a una cultura, pero no deberán ignorar o desestimar las violaciones de derechos resultantes de dicha cultura o sus prácticas tradicionales nocivas.
- **Adapte los currículos a las necesidades únicas de los participantes en función de su género:** Los enfoques dirigidos a empoderar a las niñas de modo que puedan superar las restricciones y desventajas por razón de género pueden

incluir, por ejemplo, información acerca de sus derechos y actividades que promuevan su capacidad de decidir, autonomía y autoestima, tales como mentorías y deportes. Los varones necesitan abordajes que les permitan reconocer el poder y los privilegios masculinos inmerecidos, además de apoyo para desafiar las normas estereotípicas sobre la masculinidad y la feminidad (Kågesten et al., 2016). Todos los programas de EIS fuera de la escuela deben incluir contenidos para facilitar la comprensión de conceptos como el género, la diversidad y los derechos humanos, con el fin de desafiar los estereotipos de género nocivos y la discriminación sistémica por razones de sexo, orientación sexual e identidad de género.

- **Aborde los factores de riesgo que los participantes enfrentan en su contexto particular:** Además del género, esos factores pueden incluir aspectos como la pobreza, la discriminación por motivos de raza, origen étnico, religión o discapacidad, y la marginación socioeconómica.
- **Enseñe conceptos relacionados con la abogacía:** Enseñar conceptos relacionados con la abogacía ayuda a empoderar a los estudiantes como agentes de sus propias vidas y líderes en sus comunidades. Los módulos sobre habilidades básicas para la participación ciudadana y la abogacía pueden ofrecerles a los niños y jóvenes oportunidades concretas para vincular aquello que están aprendiendo en las sesiones con su mundo más amplio, además de contribuir a un cambio positivo en sus comunidades. Sin embargo, la decisión de promover actividades de abogacía siempre deberá tomarse considerando el contexto social y legal, ya que en algunos lugares puede que no sea legal o seguro para los niños y los jóvenes participar en dichas actividades. En todos los contextos, deberá permitirse a los participantes decidir libremente si desean participar o no en actividades de abogacía.

2.2 Implementación de programas

Facilitadores

Los facilitadores pueden ser adultos, adultos jóvenes, pares, profesionales de la salud o padres (Poobalan et al., 2009).

- Los facilitadores adultos pueden ser apreciados por los participantes por su experiencia de vida, su credibilidad y su capacidad para profundizar en los temas y guiar las discusiones acerca de temas sensibles. También pueden tener un estatus más elevado en la comunidad, lo cual puede contribuir a generar una sensación de seguridad y confianza entre los participantes.
- Aquellos pares y jóvenes que tengan algunos años más que los participantes pueden ser facilitadores y modelos a seguir efectivos. Sin embargo, considerando su falta de experiencia docente en comparación con otros facilitadores de mayor edad, es particularmente importante que reciban la capacitación, supervisión y apoyo necesarios de modo que puedan convertirse en facilitadores efectivos.
- Aquellos profesionales de la salud que impartan EIS fuera de la escuela deberán recibir la misma capacitación que el resto de los facilitadores; no deberá asumirse que su formación profesional incluye conocimientos sobre EIS, pedagogía o facilitación con niños y jóvenes.

- **Asegúrese de que los facilitadores sean culturalmente competentes y puedan comunicarse claramente con los participantes:** Si los facilitadores pertenecen a una clase social o contexto diferentes, deberán poder expresarse de una manera que los participantes puedan comprender fácilmente y con la que se puedan relacionar.
- **En todos aquellos casos en los que sea posible, seleccione facilitadores para grupos específicos de niños y jóvenes (por ejemplo, personas con discapacidades físicas, personas que viven con el VIH, etc.) de la misma comunidad:** Si los facilitadores no comparten esta característica clave, deberán ser empáticos y estar abiertos a la experiencia y las perspectivas de los niños y jóvenes.
- **Evalúe las cualidades y las habilidades personales de los candidatos a facilitadores:** Los facilitadores efectivos deberán tener capacidad de empatía con los niños y los jóvenes, entusiasmo por enseñarles sobre sexualidad, y una actitud cálida y libre de prejuicios. Deberán estar dispuestos a impartir la totalidad de los contenidos de EIS, y demostrar su aptitud para aprender cómo impartir la EIS efectivamente.
- **Capacite a los facilitadores en todos los aspectos del currículo y su impartición:** Los facilitadores deberán ser sensibles a los grupos con los que están trabajando, además de recibir supervisión de apoyo continua, tomando en cuenta la retroalimentación de los participantes en el programa. Para mayor información, consulte también el apartado sobre Capacitación y Supervisión en la Sección 2.3, y las OTIES, p. 95.
- **Ofrezca capacitación continua a los facilitadores:** Las oportunidades y plataformas para el desarrollo de capacidades que contribuyen al desarrollo profesional de los capacitadores ayudarán a asegurarse de que los programas de EIS impartidos sean de alta calidad. Es necesario desarrollar y revisar de manera periódica materiales de apoyo y herramientas de implementación de alta calidad para garantizar que los programas ofrezcan contenidos actualizados y pertinentes.

Abordajes para la enseñanza y el aprendizaje

- **Use una variedad de métodos:** La enseñanza y el aprendizaje eficaces emplean métodos diversos e interactivos que van desde la lluvia de ideas, pasando por las discusiones, hasta la reflexión y el análisis, desde el sociodrama hasta estudios de caso, desde obras de teatro hasta proyectos de grupo. Aquellos métodos que promueven el movimiento físico, por ejemplo, a través de sociodramas o el teatro, y que apelan a las emociones de los participantes, como oradores invitados con historias poderosas que contar, tienen mayores probabilidades de influir en las percepciones y el comportamiento de manera efectiva (UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women y WHO, 2018; Poobalan et al, 2009). En la medida de lo posible, incorpore los conocimientos, actitudes, valores y habilidades a todos los temas, en lugar de abordarlos únicamente en lecciones individuales.
- **Sea incluyente:** Defina expectativas de respeto hacia todos los participantes y predique con el ejemplo. En todos los temas, ejemplos, escenarios, historias y sociodramas, lo mismo que en el caso de los oradores invitados, deberá incluirse a una diversidad de personas y relaciones representativas de todos los grupos presentes. Imparta contenidos relacionados con la diversidad y los impactos de los prejuicios, el estigma y la discriminación. Ofrezca horarios flexibles para las lecciones que permitan la participación de tantas personas como sea posible.
- **Use enfoques dirigidos al empoderamiento:** Muchos de los participantes descritos en estas Orientaciones pertenecen a grupos marginados y oprimidos. La pedagogía crítica (ver Glosario) permite empoderar a los niños y los jóvenes de esos grupos a través de un proceso de aprendizaje colaborativo en el que educadores y estudiantes aprenden el uno del otro y juntos desarrollan nuevas maneras de superar retos y problemas. La pedagogía crítica afirma las experiencias vividas por la comunidad, empodera a los individuos y promueve la solidaridad comunitaria.

- **Use enfoques con reconocimiento de la experiencia traumática:** Algunos niños y jóvenes pueden haber experimentado situaciones traumáticas, ya sea en lo individual o como miembros de un grupo, como resultado de actos de discriminación, violencia (incluyendo violencia sexual), conflictos familiares, conflictos armados u otras crisis humanitarias. Esos traumas también pueden ser intergeneracionales. Un enfoque con reconocimiento de la experiencia traumática enseña acerca de la sexualidad sin volver a exponer a los participantes a la experiencia traumática evocando sentimientos o recuerdos asociados con la misma (un proceso conocido como desencadenante). La esencia de los enfoques con reconocimiento de la experiencia traumática tiene que ver con la creación de un entorno abierto, seguro y solidario, y una cultura grupal. Al inicio de las sesiones, siempre informe a los participantes acerca de los contenidos a cubrir, de modo que puedan optar por no participar, y coloque recursos en línea de modo que los participantes puedan acceder a ellos fácilmente.[3]
- **Use métodos interactivos y personalizados:** Use imágenes, afiches y videos, pero reduzca al mínimo el uso de materiales informativos impresos. Un enfoque basado en discusiones que permita a los participantes comunicarse con sus pares puede ayudar a mitigar el aislamiento social que algunos miembros jóvenes de ciertos grupos de población pueden experimentar.
- **Use métodos para identificar lo que los participantes creen saber:** Pídales que compartan lo que han aprendido y sus fuentes de información, o use juegos o cuestionarios con preguntas tipo verdadero/falso. Esto le permitirá al facilitador identificar y corregir cualquier información o conceptos erróneos en particular que los participantes puedan tener.
- **Siempre que sea posible, use la lengua materna de los participantes:** Esto ayudará a los participantes a entender y abordar temas sensibles o personales.
- **Tome en consideración los niveles de alfabetización de los participantes:** Aquellos niños y jóvenes que no asisten a la escuela pueden tener un nivel de alfabetización bajo o ser analfabetos. Es probable que sea necesario reducir al mínimo las actividades que impliquen el uso de habilidades de lectura y escritura. En su lugar, use métodos vivenciales y participativos tales como contar historias, sociodramas, discusiones, imágenes, videos y gráficos. A la inversa, los programas de alfabetización pueden ofrecer un valioso punto de entrada para incorporar contenidos de educación en sexualidad adecuados al nivel de alfabetización del estudiante.
- **Ofrezca a los participantes oportunidades de hacer preguntas les puedan resultar incómodas:** Un buzón para preguntas anónimas (si los participantes saben leer y escribir) puede ser una manera útil para ofrecer a los niños y los jóvenes la libertad de hacer cualquier pregunta sin miedo o vergüenza.
- **Deles a los participantes tiempo para asimilar y poner en práctica lo que están aprendiendo:** El tiempo para la reflexión, las discusiones en grupo, los sociodramas y la repetición de información durante una sesión o a lo largo de varias sesiones pueden ayudar a los niños y los jóvenes a comprender mejor e integrar las nuevas ideas y los nuevos materiales con confianza.
- **Ayude a los participantes a aplicar lo que han aprendido a sus vidas:** Aliente a los niños y los jóvenes a pensar acerca de cómo aplicar la información que reciben en sus vidas, relaciones y decisiones. Lo anterior puede hacerse a través de técnicas de imaginación guiada, escritura de diarios personales, dibujo, responder a imágenes, o discusiones de grupo. Sin embargo, es importante que los facilitadores sean sensibles a las experiencias traumáticas que pueden desencadenarse al personalizar la información acerca de la sexualidad y la salud sexual.
- **Aliente a los participantes a diseñar sus propias soluciones:** Invitar a los participantes a que diseñen su propio menú o variedad de opciones para reducir su nivel de riesgo les ayudará a identificar estrategias que verdaderamente puedan usar, en lugar de tratar de adoptar soluciones desarrolladas por aquellas personas en posiciones de autoridad con poder, que podrían no resultar viables para ellos (UNESCO et al., 2018). De esta manera, los niños y los jóvenes pueden convertirse en modelos para sus pares, el cambio de su comportamiento con base en nuevas comprensiones se convierte en una norma grupal, y el aprendizaje es reforzado positivamente.
- **Imparta la EIS de una manera culturalmente segura:** La seguridad cultural va más allá del concepto de sensibilidad a las diferencias culturales. Incluye un análisis de los desequilibrios de poder, la discriminación institucional, la colonización y las relaciones con los colonizadores y las culturas hegemónicas, y cómo es que estas se aplican a los servicios y la educación para la salud. La seguridad cultural también es fundamental para reconocer las intersecciones de la salud física, espiritual, mental y emocional de los niños y los jóvenes.

Seguridad, protección y confidencialidad

- **Ofrezca espacios seguros:** Los espacios seguros (ver definición detallada en el Glosario) ofrecen protección y seguridad tanto física como emocional y les permiten a los participantes hablar acerca de sus frustraciones y retos, lo mismo que acerca de oportunidades de hacer las cosas de manera diferente en su vida cotidiana.
- **Establezca reglas básicas de seguridad y protección claras:** Esto es particularmente importante en el caso de aquellos grupos de niños y jóvenes que son particularmente vulnerables al acoso, la discriminación y la violencia, incluyendo aquella por parte de miembros de la comunidad o la policía. Esas reglas básicas deberán incluir: respetar la confidencialidad de los demás participantes (en otras palabras, no revelar a personas no participantes las identidades de los participantes o cualquier cosa dicha por ellos); no tomar fotos sin permiso, no subir o compartir en Internet fotos que contengan rostros; no mencionar nombres o ubicaciones, incluyendo en redes sociales; solo hablar acerca del programa con personas conocidas; crear grupos de mensajería, chats o un "grupo secreto" en Facebook si las personas quieren estar en contacto (tomando en consideración que incluso aquellas apps supuestamente seguras pueden no ser verdaderamente privadas y confidenciales, y pueden contener información errónea); y nunca publicar información acerca de una persona sin su consentimiento.
- **Respete los límites físicos de los participantes:** Los pares o facilitadores no deben abrazar, acariciar, masajear o besar a los participantes.
- **Al hablar acerca de la importancia de denunciar situaciones de acoso o violencia sexual, deberá existir una persona disponible a la que los participantes puedan reportar dichas situaciones de abuso:** Si no es posible contar con una persona de contacto presente, asegúrese de que los participantes reciban información clave acerca de a quién deben acudir.

[3] Para mayor información, ver *Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets* (RAND, 2009) y *A Guide to Trauma-Informed Sex Education* (CARDEA, 2016).

- **Sea claro acerca de la importancia y los límites de la confidencialidad:** Las reglas básicas para el programa deberán enfatizar que todos los participantes tienen la responsabilidad de respetar esa confidencialidad, y dejar claro qué es lo que esto significa en términos prácticos. También es fundamental que los facilitadores respeten la confidencialidad de la identidad de los participantes y lo que dicen. En algunos casos, el no hacerlo puede poner en peligro su seguridad. Sin embargo, los facilitadores deberán explicar a los participantes que, en algunos casos, el facilitador podría tener la obligación legal de compartir con las autoridades correspondientes información revelada por un participante, con la finalidad de proteger el interés de un menor de edad.

Monitoreo

- **Incorpore procesos de monitoreo y evaluación continuos:** Los contenidos del programa deben revisarse y actualizarse de manera regular con base en la experiencia derivada de su ejecución y la retroalimentación de los participantes. Desde un principio deberán existir mecanismos continuos para el monitoreo y la evaluación de sus insumos, procesos y productos, de forma tal que los implementadores puedan continuar moldeando y adaptando el programa en función de los cambios a nivel comunitario o nacional.
- **Es importante monitorear la fidelidad con la que los facilitadores imparten el programa:** Esto se aplica a los contenidos, la metodología y los valores del programa.
- **Identifique maneras de dar seguimiento a los participantes desde el principio:** Los aspectos a considerar, y a los que puede resultar más difícil darles seguimiento en los programas extraescolares en comparación con los programas escolares, incluyen los siguientes: qué tanto del programa se ha impartido a cada participante; si los mismos niños y jóvenes están asistiendo a los programas impartidos en múltiples sesiones; y llevar a cabo una evaluación a más largo plazo del programa junto con los participantes.

Currículos y documentos clave

- *Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People* (UNFPA, 2018)
- *Directrices Operacionales del UNFPA para la Educación Integral de la Sexualidad: Un Enfoque basado en los Derechos Humanos y Género* (UNFPA, 2014)
- *La Evaluación de los Programas de Educación Integral para la Sexualidad: Un Enfoque en Resultados de Principios de Género y Empoderamiento* (UNFPA, 2015)
- *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE)* (IPPF, 2010)
- *Inside and Out: Comprehensive Sexuality Education (CSE) Assessment Tool* (IPPF, 2015)
- *Un Solo Currículo: Pautas y Actividades para un Enfoque Integrado hacia la Educación en Sexualidad , Género, VIH y Derechos Humanos* (Population Council, 2009)
- *Recomendaciones de la OMS sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes* (OMS, 2018)
- *Global Standards for Quality Health Care Services for Adolescents* (WHO, 2015)
- *HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast-Track and Engaging Men and Boys* (UNAIDS, 2016)
- *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists* (WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010)

2.3 Cómo involucrar a los educadores de pares en la EIS fuera de la escuela

Un educador de pares es una persona que tiene una condición igual a otra –es decir, una persona que pertenece al mismo grupo social con base en su edad, grado escolar, estatus u otras características–, está capacitada y cuenta con apoyo para promover un cambio positivo entre otros miembros de ese mismo grupo. Para los niños y los jóvenes, por lo general la edad, el sexo y el género son aspectos importantes para ser considerado como par, pero en algunos casos existen otros elementos en común, como el grupo o grupos con los que se identifican, que pueden ser más importantes en ese sentido. La información suministrada por los pares puede transmitirse a través de conversaciones individuales, discusiones de grupo, distribución de materiales, consejería y juegos, entre otras actividades; los pares también pueden hacer derivaciones a servicios y ayudar a dirigir actividades de abogacía y movilización comunitaria (UNAIDS, 1999).

La educación entre pares puede ser más efectiva si se integra a intervenciones holísticas y también si el papel de los educadores de pares se centra en la sensibilización y la derivación a expertos y servicios (Chandra-Mouli et al., 2015a). Los educadores de pares pueden trabajar de la mano con educadores profesionales en la impartición de los programas. La educación entre pares puede ser especialmente útil:

- en aquellos casos en los que no existen programas dirigidos por educadores profesionales disponibles o accesibles.
- en aquellos casos en los que los adultos no manejan con fluidez el argot o el lenguaje coloquial usado por los niños y los jóvenes, especialmente al hablar acerca de la sexualidad.
- en aquellos casos en los que es más probable que se confíe en los pares en lugar de los profesionales u otras personas que no formen parte del grupo de pares de los estudiantes, por ejemplo, entre niños y jóvenes que sospechan de personas que representan formas de maltrato y discriminación pasadas o presentes, o en comunidades étnicas en las que cualquier persona que no forma parte de las mismas puede enfrentar barreras culturales, idiomáticas o asociadas con la falta de experiencia.

Diversos estudios han encontrado que la educación entre pares permite aumentar el conocimiento y, en algunos casos, modificar actitudes e intenciones, aunque no se ha encontrado que tenga un efecto importante en conductas como el uso del condón y otras formas de anticoncepción (Kim et al., 2008; Medley et al., 2009; Poobalan, et al., 2009; Salam et al., 2016; Tolli, 2012). (Cabe hacer notar que ninguna de estas revisiones fue específicamente acerca de EIS impartida por pares educadores de la misma edad que sus pares; solo una fue acerca de "educación en salud sexual" para adolescentes dirigida por pares, pero no se

especificó su contenido). Los impactos de la educación entre pares en poblaciones clave, como aquellas de personas que se inyectan drogas y trabajadoras o trabajadores sexuales, son un poco mayores, lo cual sugiere que la educación entre pares puede ser un enfoque más efectivo para trabajar con poblaciones marginadas u ocultas. (Bekker y Hosek, 2015; Krishnaratne et al, 2016; WHO, 2017b). Aún hace falta investigación más rigurosa acerca de qué es lo que hace que algunos programas de educación entre pares sean más eficaces que otros, lo mismo que investigación para comparar el impacto y la efectividad de diferentes tipos de facilitadores, incluyendo educadores en sexualidad adultos bien capacitados (Tolli, 2012; Villa-Torres y Svanemyr, 2015).

Planeación y desarrollo del programa

- **Realice un diagnóstico de las necesidades de la comunidad:** Este es un elemento integral al desarrollo de programas para todas las formas de EIS fuera de la escuela, pero frecuentemente se pasa por alto en los programas dirigidos por educadores de pares. Realizar un diagnóstico es importante, ya que ampliar el alcance de la educación entre pares no es un simple proceso de replicación: en cada nuevo entorno es necesario hacer un diagnóstico del contexto social para identificar aquellos factores que pudieran apoyar u obstaculizar la educación entre pares (UNAIDS, 1999).
- **Defina claramente la población objetivo de educadores de pares:** Para ello es necesario considerar aspectos como la edad, el género, la raza o el origen étnico, la orientación sexual, factores socioeconómicos, vecindarios, etc. (UNAIDS, 1999).

Selección de educadores de pares

- **Explique claramente los criterios para la selección de candidatos:** Los educadores de pares deberán tener características similares a las de la audiencia objetivo (tales como edad, nivel educativo, identidad de género, orientación sexual, estado serológico respecto del VIH, origen étnico, religión, intereses académicos y/o actividades extracurriculares). Deberán ser líderes de opinión carismáticos y respetados con buenas habilidades de comunicación y credibilidad. Deberán creer firmemente en el programa y tener deseos de contribuir.
- **Seleccione a los educadores de pares a partir de una base amplia de candidatos potenciales:** Use una variedad de métodos para identificar a los candidatos, incluyendo las redes sociales, en lugar de sencillamente esperar que estos respondan a un anuncio. El proceso de selección deberá ser transparente y justo, y los niños y los jóvenes de la población objetivo deberán participar en la selección de aquellas personas a las que ven como líderes y modelos a seguir.

Capacitación y supervisión

- **Ofrezca capacitación:** Para que la capacitación sea efectiva, deberá tener un amplio componente de desarrollo de habilidades, incluyendo la facilitación de su práctica en la comunidad, y estar sujeta a una evaluación de competencias inicial y continua. (Aun cuando este criterio se aplica a todo tipo de capacitaciones para facilitadores, en ocasiones estos aspectos son pasados por alto al momento de capacitar a pares). Idealmente, los educadores de pares deberán ser certificados a través de un proceso que les exija demostrar conocimientos, actitudes y habilidades adecuados de conformidad con estándares de competencia predefinidos, que deberán ser del conocimiento de las personas bajo capacitación y evaluados por una organización o personas con experiencia y autoridad reconocidas.
- **Dé seguimiento a la capacitación inicial con apoyo a través de mentorías y cursos de actualización continuos:** Esto ayudará a garantizar la calidad de la EIS ofrecida por los educadores de pares. Ellos pueden requerir más apoyo que los facilitadores adultos (incluyendo servicios de salud y consejería), particularmente si están expuestos a historias traumáticas. Aparte de supervisión regular y grupos de apoyo, deberán tener acceso a apoyo profesional en caso de requerirlo, incluyendo en casos de emergencia.
- **Ofrezca supervisión de apoyo:** Esto deberá incluir sesiones de supervisión, tanto en oficina como en el terreno, dirigidas por personal del programa técnicamente competente, motivador y colaborativo. Esa supervisión deberá identificar, alentar y reforzar fortalezas; evidenciar las habilidades o conocimientos que requieren fortalecimiento; ofrecer retroalimentación para ayudar a los educadores de pares a ser más hábiles y eficaces; y ofrecer motivación y apoyo continuos para ayudar a mantener su compromiso (Simba y Kakoko, 2009).
- **Ofrezca oportunidades regulares para proporcionar retroalimentación:** Es importante pedir a los educadores de pares sus opiniones acerca del programa, sus actividades y su propio desempeño. También se puede invitar a los participantes del programa a proporcionar retroalimentación acerca de los educadores de pares.

Retención y sustitución

- **Defina expectativas claras respetando las capacidades y la experiencia de los educadores de pares:** Asegúrese de que el volumen de trabajo sea manejable y use acuerdos contractuales. Asigne a los educadores de pares responsabilidades y deles el poder de tomar decisiones durante la planeación, implementación y evaluación del programa.
- **Ofrezca compensaciones e incentivos:** Pagar a los educadores de pares puede aumentar su motivación y permitir la participación de jóvenes de todo tipo de orígenes socioeconómicos. Como mínimo, se les deberán reembolsar los gastos relacionados con su trabajo, tales como transportación. Sin embargo, otros pagos no deberán ser tan grandes como para generar una distancia social entre ellos y sus pares. Otras maneras de motivar a los educadores de pares incluyen ofrecerles oportunidades de crecimiento personal y profesional. En aquellos casos en los que los educadores de pares sean voluntarios, además de asegurarse de que reciban el reconocimiento adecuado, deberá tenerse cuidado de no explotar su trabajo gratuito.
- **Ofrezca apoyo emocional:** Esto puede incluir sesiones de apoyo individuales o grupales para enfrentar problemas como el estrés y el agotamiento mental, lo mismo que para compartir éxitos e ideas y aumentar la cohesión del grupo.
- **Haga planes en preparación para la rotación o el desgaste:** Este es un problema común en los programas de educación entre pares que se puede manejar en parte a través de una estructura formal para el reclutamiento y la capacitación de nuevos educadores de pares. Las entrevistas de salida pueden ayudar a los implementadores a entender si el educador de pares está dejando el programa por razones personales o programáticas y a evaluar su experiencia en general con el mismo. Esta información se puede usar para mejorar el programa. Involucrar a los educadores de pares actuales en el reclutamiento y la capacitación de los nuevos educadores de pares los empoderará y ayudará a desarrollar nuevas habilidades.

Currículos y documentos clave

- *Peer Education Toolkit* (UNFPA, 2006)
- *Evidence-Based Guidelines for Youth Peer Education* (FHI 360, 2010)
- *Standards for HIV Peer Education Programmes* (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2010)

2.4 Cómo involucrar a los padres o tutores en la EIS fuera de la escuela

La familia juega un papel importante en la educación de las niñas, los niños y los jóvenes acerca de la sexualidad, por lo general de una manera no planeada y a menudo inconsciente. Las niñas y los niños aprenden acerca del amor, el contacto físico, las relaciones, la comunicación y la igualdad de género por medio de la observación de aquellos a su alrededor, la forma en la que se les orienta y corrige, y a partir de la forma en la que son tratados, además de aquello que se les enseña de manera explícita (WHO, 2017c).

En aquellos lugares en los que no se ofrece educación en sexualidad en las escuelas o esta no es integral, los padres o tutores y las familias son los que cargan con la mayor parte de la responsabilidad de ofrecerla a sus hijos (Pop y Rusu, 2015), y a menudo prefieren ser su fuente de información acerca de la sexualidad. A pesar de ello, los padres o tutores a menudo carecen de las competencias necesarias para proporcionar educación en sexualidad basada en evidencia y adecuada a las diferentes edades de sus hijos. Para hacer frente a esta situación, algunos programas de EIS buscan alentar a los padres o tutores a impartir o apoyar la impartición de la educación en sexualidad para sus hijos. Estos enfoques incluyen una educación en sexualidad que:

- **se centra en los padres:** Los padres o tutores son educados o capacitados para ofrecer educación en sexualidad a sus propios hijos
- **involucra a los padres:** Los padres/tutores y los niños participan juntos en sesiones de educación en sexualidad o se les asignan tareas escolares que deben realizar juntos
- **cuenta con el apoyo de los padres:** Los padres/tutores reciben orientación acerca del programa de educación en sexualidad, de modo que sepan qué es lo que sus hijos están aprendiendo y puedan reforzar o amplificar los mensajes en casa
- **es dirigida por los padres:** Los padres/tutores reciben capacitación para impartir programas dirigidos a otros padres/tutores o a niñas y niños
- **se basa en la familia:** Los padres/tutores trabajan a través de un programa estructurado junto con sus hijos, por ejemplo, viendo videos o escuchando música juntos.

Algunos programas pueden combinar dos o más de estos enfoques.

Planeación y desarrollo del programa

Los siguientes son algunos elementos en común de las intervenciones eficaces:

- sesiones conjuntas para padres/tutores y sus hijos
- promoción de la participación de los padres/la familia
- educación en sexualidad específicamente dirigida a los padres/tutores y oportunidades para que practiquen nuevas habilidades de comunicación con sus hijos.
- **Explique a los padres/tutores la importancia de involucrarse en la EIS de sus hijos:** Los programas deberán incluir un énfasis en apoyar la comunicación entre padres e hijos antes de que estos se vuelvan sexualmente activos, además de promover creencias positivas entre los padres/tutores en lo que respecta a la comunicación acerca de la sexualidad con sus hijos, por ejemplo, la convicción de que obtendrán una reacción positiva y que esta puede ser eficaz para prevenir el VIH (Villarruel et al., 2008). Es importante ayudar a los padres y tutores, especialmente aquellos de los grupos específicos de niñas, niños y jóvenes abordados por estas Orientaciones, de modo que entiendan las vulnerabilidades, necesidades y derechos relacionados con la sexualidad de sus hijos.
- **Consulte a los padres/tutores:** Pregúnteles acerca del nivel de participación que quieren, sus propios conocimientos y sus brechas de conocimiento, sus inquietudes relacionadas con sus hijos en lo que respecta a la sexualidad y la salud sexual, y cómo es que el programa puede apoyarles de la mejor manera.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Concientice a los padres/tutores acerca de la importancia de las actitudes y las normas de género equitativas:** Los padres/tutores son fundamentales en la formación de las normas de género y las actitudes de los jóvenes adolescentes. A menudo desean que sus hijos se apeguen a las normas de género predominantes (que por lo general son desiguales), y refuerzan las mismas a través de la instrucción, motivación, recompensas, llamados de atención y disciplina (Chandra-Mouli et al., 2017). Por lo tanto, los programas deben ayudar a los padres/tutores a modelar actitudes y normas de género más equitativas.
- **Desarrolle una mejor conexión entre padres e hijos:** Las características generales de las relaciones entre padres e hijos, como las relaciones significativas, la solidaridad y la transmisión de expectativas futuras, pueden tener una mayor influencia en el comportamiento sexual de las niñas y los niños que la comunicación específica acerca del sexo y, de hecho, tienen un valor y una importancia que van más allá del terreno de la educación en sexualidad. Por lo tanto, aquellas intervenciones que involucren a los padres/tutores deben centrarse en mejorar sus habilidades para monitorear y regular el comportamiento de sus hijos; ayudar a los padres/tutores a comunicar sus valores acerca de las relaciones sexuales; y alentarlos a modelar los comportamientos que quieren que sus hijos sigan (Wight et al., 2012; Santa Maria et al., 2015).
- **Explore el uso de programas basados en la tecnología para padres/tutores:** En caso de contar con los recursos necesarios, la tecnología puede reducir las barreras más comunes a la participación en los programas a base de grupos con múltiples sesiones, como pueden ser las obligaciones laborales y familiares, la falta de tiempo y el transporte. Para mayor información, ver Sección 2.5

Currículos y documentos clave

- *Creating Connections* (Melbourne Graduate School of Education)
- *Let's Chat! Parent Child Communication on Sexual and Reproductive Health* (UNFPA, 2018)
- *Right from the Start: Guidelines for Sexuality Issues,*

Birth to Five Years (Sexuality Education and Information Council of the United States, 1998)
- *Parents as Advocates for Comprehensive Sex Education in Schools* (Advocates for Youth, 2002)
- *Communicating with Children: Principles and Practices to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal* (UNICEF, 2011)

2.5 El uso de la tecnología en la EIS fuera de la escuela

Los usos potenciales de la tecnología en la impartición de la EIS están despertando un interés considerable, especialmente porque muchos niños y jóvenes ya son usuarios frecuentes de la tecnología y están habituados a ella (Noar, 2011; Talukdar, 2013; Holstrom, 2015; Oosterhoff et al., 2017). En aquellos casos en los que los niños y los jóvenes tienen acceso a Internet y redes sociales, estas a menudo ya son una importante fuente de información acerca de la sexualidad y las relaciones. También se puede aprovechar la tecnología para ofrecer programas o componentes de programas estructurados. Los componentes en línea o digitales pueden:

- ser más accesibles, ya que se puede acceder a ellos de manera flexible y práctica, en el momento y lugar que el estudiante lo desee. Esto puede resultar particularmente útil para aquellos estudiantes que se encuentran geográficamente aislados, que no se encuentran en un lugar fijo, o que no desean reunirse en grupo con otros (o en aquellos casos en los que hacerlo resulta peligroso para ellos)
- ser más eficaces, ya que tienen el potencial de llegar a grandes números de personas a un costo más bajo a largo plazo
- incluir contenidos interactivos, atractivos y personalizados, características que los pueden hacer más transformadores que otros métodos de enseñanza
- ser completados por el usuario a su propio ritmo
- llegar de manera eficiente y segura a grupos específicos de niñas, niños y jóvenes, o grupos de población pequeños en número, con información relevante específicamente diseñada para ellos
- ayudar a impartir la EIS con una mayor fidelidad, toda vez que los contenidos son fijos y no están sujetos a la voluntad de un facilitador para presentarlos, o de sus prejuicios potenciales acerca del tema (Downs et al., 2015).

Existen algunas salvedades en lo que respecta al uso de la tecnología en la EIS:

- Algunos de los enfoques que hacen uso de la tecnología pueden ser menos viables en entornos en los que no existen muchos recursos (o en entornos en los que el acceso a Internet o a energía eléctrica es limitado).
- Algunas intervenciones, como los juegos formativos (ver Glosario) o las simulaciones, requieren de procesos de desarrollo prolongados y complejos, además de un financiamiento considerable para apoyar el desarrollo de productos de alta calidad. Sus planes deberán tomar en consideración el tiempo y los recursos necesarios.
- Evaluar el aprendizaje obtenido por los estudiantes a través de las simulaciones puede resultar más complejo.
- La tecnología puede cambiar tan rápido que para el momento en el que se desarrolla y evalúa una intervención en una prueba de control aleatorizada y prolongada, la tecnología ya podría ser obsoleta.
- Aun cuando el acceso a servicios de Internet móvil cada vez se encuentra más extendido y es más barato, los niños y los jóvenes no tienen un acceso uniforme al mismo, sobre todo en países de bajos ingresos. También existen disparidades en el acceso por razones geográficas y de infraestructura deficiente (incluyendo aquella en áreas montañosas, islas y algunas áreas rurales), de género, de lenguaje y de niveles de alfabetización y cultura digital (ITU, 2017; UNICEF, 2017; Broadband Commission, ITU y UNESCO, 2018; GSMA e IPSOS, 2018).
- La tecnología no puede sustituir el apoyo y la orientación de los adultos en la vida de un niño o un joven. Debe verse como una herramienta útil, mas no como un sustituto de las interacciones con aquellos adultos que les den su apoyo.

Planeación y desarrollo del programa

- **Evalúe las necesidades y el potencial de la tecnología para contribuir a la EIS:** Identifique los desafíos para la implementación de la EIS y analice si la tecnología podría hacerles frente, y de qué manera. Evalúe los factores que podrían afectar la accesibilidad y el uso de la tecnología. Esto ayudará a garantizar que cualquier tecnología seleccionada sea pertinente, sostenible y no redundante (Principles for Digital Development, sin fecha).
- **Aproveche aquello que ya existe:** Para maximizar el uso de los recursos disponibles, ahorrar tiempo y evitar la duplicación de esfuerzos, adapte productos, recursos y enfoques ya existentes, en lugar de crear algo totalmente nuevo. Averigüe qué es lo que ya se ha intentado, probado y es más popular a través de la comunidad del desarrollo digital, conferencias, blogs y evaluaciones de programas. Integre al producto sistemas de monitoreo y retroalimentación que permitan recolectar datos para mejorarlo.
- **Haga uso del conocimiento especializado disponible:** A menudo se requiere una capacidad importante para desarrollar programas o componentes basados en la tecnología, especialmente los más sofisticados y con mayor potencial de eficacia. Asociarse con profesionales de la tecnología y expertos en contenidos puede garantizar la calidad y eficiencia de los productos.
- **Asóciese con niños y jóvenes:** Para el desarrollo de nuevos componentes de un programa tecnológico, es esencial comprender las características, necesidades, intereses y desafíos de los niños y los jóvenes, lo mismo que las situaciones y el lenguaje con los que se identifican. Los desarrolladores deben usar un proceso de diseño colaborativo para identificar soluciones y construir, probar y rediseñar productos hasta que estos cumplan con las necesidades del usuario (Principles for Digital Development, sin fecha).
- **Evalúe y aborde las preocupaciones sobre privacidad y seguridad: Preste particular atención a qué datos se recaban acerca del programa y sus usuarios, y cómo se adquieren, usan, almacenan y comparten dichos datos. Los programas deben proteger la información confidencial y las identidades de las personas almacenadas en conjuntos de datos en contra de cualquier acceso no autorizado y su manipulación por terceros. Las prácticas responsables incluyen ser transparente en lo que respecta a la recolección y el uso de los datos, reducir al mínimo la cantidad de información personal identificable y sensible recabada, crear e implementar políticas de seguridad para proteger los datos y la privacidad y dignidad de las personas, y crear una política para el manejo de cualquier tipo de datos existentes al final de un proyecto (Principios para el Desarrollo Digital, sin fecha).**
- **Aproveche la individualización y la interactividad:** La sofisticación cada vez mayor de la tecnología ha transformado las formas en las que esta puede ser usada para hacer que la EIS sea más efectiva. Por ejemplo, nos permite individualizar materiales para adaptarlos a la etapa cognitiva, el nivel

educativo o la experiencia sexual, las brechas específicas de conocimiento, el género, la raza, el origen étnico o el perfil de riesgo del estudiante. La tecnología también puede ser interactiva y reaccionar a las decisiones del estudiante. Algunos ejemplos de lo anterior son los programas de simulación (en los que el estudiante interactúa con un entorno que parece real, tomando decisiones y practicando habilidades), y los juegos formativos, que incorporan elementos de diversión y competencia a las simulaciones para aumentar el valor pedagógico. La tecnología interactiva puede ofrecer una retroalimentación inmediata y personalizada y permitir a los estudiantes recrear situaciones y hacer la prueba con diferentes opciones o soluciones.

- **Asegúrese de que los programas de EIS basados en tecnología tengan una base curricular:** Los enfoques tecnológicos hacia la EIS sin otros componentes deberán contar con un mecanismo que exija que el usuario cubra elementos específicos y los complete en un orden determinado. Si los usuarios pueden elegir por sí mismos qué componentes de un programa de base curricular utilizar y cuáles ignorar, es probable que la experiencia de aprendizaje y el alcance de los contenidos a los que están expuestos no sean integrales.
- **Planifique con miras a una gestión de contenidos y un mantenimiento del producto adecuados:** La información contenida en cualquier programa de tecnología deberá mantenerse actualizada y pertinente con el fin de reducir el riesgo de compartir información obsoleta o incorrecta por Internet.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Considere una amplia gama de métodos basados en la tecnología para impartir los diferentes componentes de la EIS:** Estos métodos pueden incluir llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos, medios de comunicación masiva, sitios web, blogs, vlogs, videos, podcasts, apps y redes sociales, además de técnicas de educación interactiva, cursos, exámenes, juegos en general, simulaciones y juegos formativos, ya sea por computadora o en línea, realidad virtual, y chatbots (programas de computadora que simulan conversaciones con usuarios humanos y pueden responder preguntas).
- **Combine la tecnología con otros enfoques:** Si se usan por sí solos, muchos de estos métodos no son de utilidad para impartir la EIS. Sin embargo, la mayoría de ellos pueden usarse ya sea como parte de un programa de EIS, o bien como un complemento de este en clínicas, en casa con los padres o como parte de programas presenciales. Por ejemplo, el uso de videos y programas basados en computadora en una clínica puede ofrecer a los niños y jóvenes una educación eficaz acerca de la anticoncepción o la prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH (Noar et al., 2009; Bailey et al., 2012; Tuong et al., 2014).

Ejecución del programa

- **Busque soluciones para aquellos contextos en los que niños y los jóvenes carecen de fácil acceso a la tecnología:** Es posible implementar intervenciones en entornos que puedan proporcionar dicho acceso (por ejemplo, clínicas o escuelas) o, en caso de contar con presupuesto, a los niños y jóvenes se les puede equipar con teléfonos móviles (Guse et al., 2012). Otro enfoque consiste en proporcionar a los educadores comunitarios tabletas o computadoras para su trabajo (Bailey et al., 2010).
- **Amplíe el enfoque de los sitios web o las apps:** Aquellos programas que permiten satisfacer otras necesidades y cuentan con características adicionales deseadas ayudan a atraer y retener a más niños y jóvenes. También es importante integrarlos con plataformas de redes sociales y otras tecnologías.
- **Preste atención a la retención de los estudiantes:** Un producto bien diseñado (es decir, diseñado en colaboración con los usuarios), atractivo y con un enfoque paso por paso, aumentará las probabilidades de generar un nivel de retención más alto.
- **Monitoree las páginas de sus grupos en Facebook, lo mismo que sus blogs y foros interactivos:** En aquellos casos en los que los participantes interactúen en chats en vivo o intercambien información entre ellos, es esencial que exista un monitoreo constante de esa información por parte de personal calificado para garantizar la precisión y la integridad de cualquier información presentada. Esto es particularmente importante en caso de usarse páginas en redes sociales, ya que estas pueden estar fácilmente sujetas a publicidad no deseada y a mensajes no solicitados de personas externas a las audiencias previstas (UNICEF, 2011a; UNFPA et al., 2015; UNDP et al., 2016). Los administradores del grupo también deberán monitorear la dinámica del mismo para identificar situaciones de acoso y violencia en línea.

Documentos clave

- *Principles for Digital Development* (sitio web)
- *The mHealth Planning Guide: Key Considerations for Integrating Mobile Technology into Health Programmes* (K4Health, 2014)
- *mHealth Basics: Introduction to Mobile Technology for Health* (Global Health Learning Centre, 2013)
- *The MAPS Toolkit: mHealth Assessment and Planning for Scale* (WHO, 2013)
- *mHealth Design Toolkit: Ten Principles to Launch, Develop and Scale Mobile Health Services in Emerging Markets* (GSMA, sin fecha)
- *Guidelines for an Effective Design of Serious Games* (Researchgate, 2014)
- *Sex Education in the Digital Era* (Institute of Development Studies, 2014)

3. Impartición de EIS Fuera de la Escuela a Grupos de Jóvenes Específicos

Todos los programas de EIS deberán ser tan incluyentes como sea posible en lo que respecta a la diversidad de niños y jóvenes, educando a todas las personas acerca de sus experiencias y tratando de satisfacer sus necesidades. No obstante, es poco probable que la EIS dirigida a la población de niños y jóvenes en general permita satisfacer a profundidad las necesidades específicas de todos los grupos. Adicionalmente, en muchos contextos los niños y jóvenes que pertenecen a un grupo marginado únicamente se sentirán seguros y estarán más abiertos a discutir temas relacionados con su sexualidad y su salud en un grupo de otros niños y jóvenes similares a ellos. Por ello, esta sección ofrece información y orientación acerca de la impartición de la EIS fuera de la escuela a grupos específicos de niñas, niños y jóvenes. Para cada uno de estos grupos, es importante considerar las recomendaciones que aparecen a continuación, además de las recomendaciones que aparecen en la Sección 2.

También es fundamental reconocer que muchos niños y jóvenes no pertenecen solamente a uno de estos grupos. Existen niños y jóvenes que son discapacitados y gays, niños y jóvenes que consumen drogas y se encuentran en situación de detención, jóvenes transgénero en contextos de crisis humanitarias, niñas adolescentes indígenas que viven áreas rurales; de hecho, existen niños y jóvenes con todas las combinaciones de identidades, necesidades y preferencias posibles. Aquellas personas que imparten EIS siempre deben ser conscientes de quienes son sus participantes y usar un enfoque que reconozca múltiples identidades y responda a sus diferentes realidades.

3.1 Grupos de un mismo género

Aprender acerca de la sexualidad juntos tiene beneficios para niños y jóvenes de todos los géneros, ya que muchos de los participantes estarán en algún momento en relaciones románticas y sexuales con una persona de otro género. Sin embargo, impartir EIS a niños y jóvenes en grupos de un mismo género puede ser necesario en situaciones en las que esta sea la única manera culturalmente aceptable de impartirla.

Por otro lado, aun cuando existen ciertos contenidos sobre género y violencia que serán los mismos para todos los participantes, en la mayoría de los países existe un desequilibrio de poder de género entre los varones y las mujeres, y las niñas y los niños. La educación con un enfoque transformador de género (ver Glosario) deberá guiar a los participantes de modo que lleven a cabo un análisis de género para cada tema y puedan comprender cómo es que los temas relacionados con el género permean sus vidas, además de aprender a pensar críticamente acerca de ellos. Pero la adopción de diferentes énfasis en el enfoque hacia las niñas y los niños puede tener beneficios importantes, incluyendo empoderar a las niñas y permitir que los niños vean los beneficios y el valor de compartir el poder con las niñas y las mujeres (Greene y Levack, 2010). La educación acerca de la violencia por razón de género también puede adoptar diferentes enfoques basados en el género, ya que las niñas y las personas de género no binario o no conforme son las principales víctimas y sobrevivientes de la violencia, mientras que la socialización de género de los niños y los varones los convierte en los principales perpetradores, a pesar de que ellos también pueden ser víctimas de abuso sexual y otras formas de abuso.

Es posible impartir los programas en su totalidad en grupos de un mismo género, o se puede separar a los participantes únicamente para ciertas sesiones. En el caso de las adolescentes en particular, el uso de sesiones de EIS con participantes de un mismo género tiene beneficios adicionales (Greene y Levack, 2010; Morrison-Beedy et al., 2013; AGSA, 2016). Este tipo de sesiones pueden ofrecer un entorno de aprendizaje con menos estereotipos de género y prejuicios inconscientes, en el que la voz femenina no es marginada, y en el que las niñas asumen todos los roles de liderazgo y aprenden a creer en sí mismas.

Los implementadores de programas deberán hablar con todos aquellos participantes de género no binario (ver Glosario) acerca de la mejor manera de incluirlos (Greene y Levack, 2010). Una opción podría ser tener un tercer grupo para aquellos participantes que deseen participar en un grupo de género mixto.

La planeación, la metodología y la impartición de la EIS dirigida a grupos de un mismo género serán en buena medida las mismas para las niñas y los niños, pero algunas características son particulares a cada grupo. Esta sección busca llamar la atención a algunos aspectos que no siempre son tomados en consideración, con base en la literatura y las experiencias de niños, jóvenes e implementadores de programas.

3.1.1 Niñas y jóvenes mujeres

Planeación y desarrollo del programa

- **Identifique y ubique a las niñas más marginadas:** Es importante entender las oportunidades y los riesgos únicos relacionados con diferentes subgrupos de niñas y jóvenes mujeres con el fin de adecuar los programas. Los grupos objetivo pueden ser niñas de entre 10 y 14 o 15 y 19 años, indígenas, casadas, solteras, que no asisten a la escuela, trabajadoras domésticas, madres jóvenes, etc. Los programas pueden definir criterios de elegibilidad y centrar sus esfuerzos de reclutamiento en ellas. Una estrategia eficaz puede ser la de reclutar a niñas que estén confinadas a sus casas a través de facilitadores adultos del programa que vayan de casa en casa para identificar a niñas elegibles y las inviten a participar, al tiempo que les expliquen el programa a las personas adultas que se encuentren en el hogar (Erulkar et al., 2013).
- **Trate de llegar a niñas que se encuentren en una edad temprana, de preferencia antes del inicio de la pubertad:** Equipar a las niñas con habilidades y conocimientos en materia de salud, sociales, cognitivos y económicos puede contribuir a evitar el abandono escolar, el embarazo en adolescentes, la violencia sexual, el matrimonio infantil y las relaciones sexuales transaccionales (Chae y Ngo, 2017; Austrian et al, 2018; Bandiera et al, 2020). Para mantener los efectos del programa, este deberá ser impartido a las niñas comenzando en la adolescencia temprana (LeCroy et al., 2017; UNESCO et al, 2018).
- **Diseñe sus programas con un enfoque multifacético dirigido a satisfacer las necesidades de las niñas en su contexto específico:** Los programas con múltiples componentes que llegan a las niñas con EIS y servicios de

salud, redes sociales y modelos a seguir, lo mismo que con esquemas de microahorro y desarrollo de habilidades para el empleo, contribuyen a postergar la edad a la que se contrae matrimonio y también pueden contribuir a reducir el riesgo de infección del VIH (UNAIDS, 2016b; Engel et al, 2019).

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Tome en cuenta los intereses específicos de diferentes subgrupos:** Las actividades y métodos deberán incluir abordajes para el desarrollo de activos, combinados con currículos de EIS con un enfoque en los derechos humanos, el género y el poder, y tomar en cuenta las necesidades de las niñas más jóvenes y aquellas de mayor edad, las niñas casadas y no casadas, y las niñas que sean madres (Population Council, 2018).

Ejecución del programa

- **Involucre a mentores o mentoras jóvenes como modelos a seguir alternativos:** Los mentores o mentoras son personas jóvenes un poco mayores que las niñas. También se trata de personas a las que estas pueden admirar, en las que pueden confiar y a las que pueden pedirles orientación. Pueden ser fundamentales para el éxito de los programas dirigidos a las niñas, y deberán ser reclutadas de la comunidad en la que tenga lugar el programa. (Population Council, 2016b).
- **Institucionalice los programas creando sinergias con otros sectores y plataformas:** Para garantizar la sostenibilidad de los enfoques intensivos dirigidos a las niñas, considere trabajar con docentes y trabajadores sociales o de salud comunitaria con el fin de reforzar los mensajes, asegurarse de que permanezcan en la escuela o regresen a ella, y tengan acceso a servicios de salud y protección.

Currículos y documentos clave

- *HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast- Track and Engaging Men and Boys* (UNAIDS, 2016)
- *Building Girls' Protective Assets: A Collection of Tools for Program Design* (Population Council, 2016)
- *Program M: Working with Young Women* (Promundo, sin fecha)
- *Sakhi Saheli: Promoting Gender Equity and Empowering Young Women – A Training Manual* (Population Council, 2008)
- *Empowering Young Women to Lead Change: A Training Manual* (UNFPA y World YWCA, 2006)
- *Abriendo Oportunidades Program: Integrated Curriculum Guide* (Population Council, 2017)
- *Go Girls! Community-Based Life Skills for Girls: A Training Manual* (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, 2011)
- *YWCA Safe Spaces for Women and Girls: A Global Model for Change* (World YWCA)

3.1.2 Niños y jóvenes varones

Planeación y desarrollo del programa

- **Imparta una educación grupal a través de intervenciones con múltiples componentes:** Las estrategias dirigidas a varones y niños que han demostrado ser eficaces para las actitudes y conductas de género a nivel individual y comunitario incluyen una combinación de estrategias de educación entre pares a través del uso de promotores varones, programas a través del uso de medios de comunicación a gran escala, programas en centros de trabajo y programas comunitarios/basados en el ejercicio de los derechos para reducir las desigualdades de género con el objetivo de transformar las normas sociales (IDS, Promundo y Sonke Gender Justice, 2015).
- **Desarrolle redes de apoyo entre pares y modelos a seguir para los jóvenes varones:** El uso de clubes y grupos en redes sociales dirigidos a niños y jóvenes varones que apoyen y refuercen nuevas maneras de pensar y comportarse puede contribuir a la presión social positiva para sostener los cambios en actitudes y comportamientos (Namy et al., 2014; Torres et al., 2014).

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Evite culpar a los participantes de problemas que son estructurales:** Las actividades deberán garantizar que los niños y los jóvenes varones no se sientan agredidos o culpados por la desigualdad y los problemas de salud sexual y reproductiva que existen en sus comunidades. No reduzca las complejidades de la masculinidad, la sexualidad y la salud sexual a actitudes y comportamientos masculinos problemáticos. Las personas no deberán sentirse responsables de tener que superar problemas sociales complejos y profundamente arraigados; en lugar de eso, el programa de EIS puede promover acciones de abogacía y movilización comunitaria dirigidos a modificar esos factores estructurales (Dworkin et al., 2015).
- **Enfóquese en modificar actitudes y enseñar habilidades, en lugar de sencillamente transmitir conocimientos:** Algunos ejemplos pueden ser la toma de decisiones anticonceptivas, interacciones con niños pequeños y aprender cómo cambiar pañales o bañar a un niño o niña. (Barker et al., 2007).

Ejecución del programa

- **Considere el uso de entornos inmersivos para hacer frente a los temas más difíciles:** Los retiros, o los métodos interactivos como las discusiones a profundidad más largas y el tiempo para la reflexión personal, son particularmente efectivos para modificar actitudes hacia temas difíciles o sensibles como la homofobia, la transfobia y la violencia (Namy et al., 2014).
- **Evite replicar un lenguaje estereotípico:** El lenguaje y las imágenes que tratan de atraer a los niños y los jóvenes varones apelando a ideas estereotípicas sobre la virilidad, tales como "ser hombre", pueden reforzar los tipos de masculinidad perjudiciales, en lugar de desafiarlos (Gibbs et al., 2015).

Currículos y documentos clave

- *Global Sexual and Reproductive Health Services Package for Men and Adolescent Boys* (IPPF y UNFPA, 2017)
- *Manhood 2.0: A Curriculum Promoting a Gender-Equitable Future of Manhood* (Promundo, 2018)
- *Program H: Working with Young Men* (Promundo, 2018)
- *Programme Ra* (Promundo, sin fecha.)
- *Engaging Boys and Men in Gender Transformation: The Group Education Manual* (Promundo, 2008)
- *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action* (UNFPA, 2010)

- *Yaari Dosti Young Men Redefine Sexuality* (Population Council, 2006)
- *"One Man Can" Campaign Toolkit* (Sonke Gender Justice Network, 2006)

3.2 Jóvenes con discapacidades

Existen muchos términos diferentes que se usan para referirse a diferentes tipos de discapacidad. Estas Orientaciones usan las siguientes categorías principales:

- Las **discapacidades físicas** son aquellas que afectan la movilidad, capacidad física, resistencia física o destreza de una persona. Entre estas condiciones se encuentran padecimientos como la fibrosis cística, espina bífida, distrofia muscular, parálisis cerebral, lesión cerebral por traumatismo, lesión de médula espinal y esclerosis múltiple, entre otras.
- Las **discapacidades intelectuales** son aquellas que se traducen en una disminución considerable de funciones intelectuales como la comprensión de información nueva o compleja y el aprendizaje y la aplicación de nuevas habilidades, una condición que disminuye la capacidad de una persona para manejarse de manera independiente. Entre estas condiciones se encuentran el síndrome X frágil, el síndrome de Down, el síndrome de Prader-Willi y el trastorno de espectro alcohólico fetal, entre otros.
- Las **discapacidades sensoriales** afectan a uno o más sentidos, incluyendo la capacidad para procesar información sensorial. Incluyen la sordera y la audición reducida, la ceguera o la visión deficiente, y el trastorno del espectro autista.
- Las **discapacidades psicosociales** incluyen trastornos esquizoides como la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, trastornos de ansiedad como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, la agorafobia y la fobia social, y trastornos del estado de ánimo como la depresión y el trastorno bipolar.

Aun cuando las personas con discapacidades experimentan la misma gama de necesidades y deseos sexuales que cualquier otra persona, pueden tener dificultades para satisfacerlas dependiendo de su discapacidad (Sexual Health and Family Planning Australia, 2013; UNFPA y Women Enabled International, 2018). Los niños y los jóvenes con discapacidades a menudo tienen pocas oportunidades para la exploración sexual por una variedad de razones; por ejemplo, si carecen de privacidad y tienen círculos sociales limitados (UNFPA y Women Enabled International, 2018). Los padres/tutores a menudo no les ofrecen la oportunidad de interactuar romántica o socialmente con otras personas, y las personas alrededor de los niños y los jóvenes con discapacidades pueden reaccionar negativamente, expresar desaprobación y perpetuar sentimientos de culpa o vergüenza al encontrar expresiones o comportamientos sexuales normales en ellos (Travers et al., 2014; New South Wales Department of Family and Community Services, 2016; Chappell et al., 2018). Los estereotipos y las actitudes negativas hacia la sexualidad de las personas con discapacidades se suman al estigma y la discriminación que experimentan y a sus dificultades para tener una vida sexual satisfactoria y placentera (Addlakha et al, 2007).

La mayoría de los niños y los jóvenes con discapacidades experimentan una disminución en sus opciones de vida que puede tener un impacto negativo en su autoestima y, en consecuencia, en su sexualidad. Pueden tener una mala imagen sexual de sí mismos y no tener habilidades suficientes para las interacciones sociales, el noviazgo, la intimidad, la toma de decisiones sexuales y las relaciones sexuales seguras; y también pueden carecer de oportunidades para tener relaciones sexuales apropiadas (Eastgate, 2008; Gougeon, 2009; Swango-Wilson, 2010; Travers et al., 2014; Holland-Hall y Quint, 2017). Por otro lado, los niños y los jóvenes con discapacidades (en particular las niñas) tienen una probabilidad aún mayor de convertirse en víctimas de violencia sexual, física y emocional en comparación con aquellos sin discapacidades (Jones et al., 2012; UNFPA, 2018a). Los niños y los jóvenes con discapacidades también tienen menos probabilidades de reportar situaciones de violencia, buscar atención o tener acceso a la justicia, en parte porque a menudo son ignorados por los programas dirigidos a combatir la violencia (Ellery et al., 2011; Jones et al., 2012).

En muchos países, los servicios de salud a menudo no son físicamente accesibles y carecen de apoyo para el uso de formas de comunicación alternativas como lengua de señas y Braille (UNAIDS 2017b). La mayoría de los programas de salud, incluyendo aquellos dirigidos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, no consideran las necesidades de las personas con discapacidades. De la misma forma, los programas centrados en las discapacidades pueden pasar por alto la satisfacción de sus necesidades en lo que se refiere a su sexualidad, su salud y sus derechos sexuales y reproductivos (WHO y UNFPA, 2009; UNFPA, 2018a).

3.2.1 Jóvenes con discapacidades en general

Estas recomendaciones son aplicables a niños y jóvenes con cualquier tipo de discapacidad. Las secciones siguientes abordan las necesidades específicas de aquellos con discapacidades físicas, intelectuales, sensoriales y psicosociales, con secciones por separado para aquellos que son sordos, ciegos o autistas. El número de recomendaciones relacionadas con cada grupo de niños y jóvenes varía, en parte porque los cúmulos de evidencia disponible para cada discapacidad son diferentes.

Planeación y desarrollo del programa

- **Promueva modelos de la discapacidad sociales y basados en los derechos humanos:** Los programas deben entender que las discapacidades que afectan a las personas son principalmente el resultado de barreras para su plena participación creadas por la sociedad, más que por sus limitaciones o sus diferencias. Un modelo social de la discapacidad considera las barreras para la inclusión de las personas con discapacidades, mientras que un modelo basado en el ejercicio de los derechos se centra en los derechos de las personas con discapacidades como derechos humanos y promueve y protege la igualdad en el acceso y la inclusión física, económica y social.
- **Involucre a los adultos:** Como las actitudes y las acciones de otras personas pueden interferir con el desarrollo de una sexualidad saludable en los niños y los jóvenes con discapacidades, especialmente aquellos con discapacidades intelectuales, los programas deberán, en la medida de lo posible, involucrar a todas las personas adultas que jueguen papeles importantes en la vida del niño o joven, tales como padres, cuidadores, asistentes de cuidado personal, consejeros, docentes y otros profesionales con los que estos tengan contacto (Murphy y Elias, 2006; Garbutt, 2008; Katz y Lazcano-Ponce, 2008; Rohleder y Swartz, 2009; Swango-Wilson, 2010; Chirawu et al., 2014; Travers et al., 2014; Holland-Hall y Quint, 2017; Hanass-Hancock et al., 2018b).

- **Apoye y aliente a los padres y cuidadores a proporcionar educación en sexualidad a sus hijos y jóvenes con discapacidades comenzando desde una edad temprana** (SIECUS, 2001; Garbutt, 2008): En el caso de aquellos niños y jóvenes con discapacidad que no asisten a la escuela, los padres y cuidadores juegan un papel aún más importante en su educación en sexualidad. Se les puede enseñar cómo usar las "oportunidades de aprendizaje" –las oportunidades para aprender que de manera espontánea se presentan en la vida cotidiana– para promover la independencia, la privacidad y la socialización de la niña o el niño y prepararlos desde antes para los cambios propios de la pubertad, especialmente para la menstruación en el caso de las niñas y las erecciones, la eyaculación y los sueños húmedos en el caso de los niños.
- **Adapte los programas para satisfacer las necesidades de todos los participantes:** Es importante realizar un diagnóstico para determinar si una persona joven tiene múltiples discapacidades, por ejemplo, si un niño con una discapacidad física también tiene una discapacidad de aprendizaje. Es necesario adaptar la impartición de los currículos a las necesidades específicas de los participantes en función de cada caso particular.
- **Sea consciente de la manera en la que discapacidades particulares inciden en la sexualidad:** El inicio de la pubertad puede presentarse de manera más temprana en los niños con síndrome de Down e hidrocefalia, e iniciar antes y terminar más tarde en aquellos con parálisis cerebral (Murphy y Elias, 2006) La pubertad puede retrasarse en aquellos con discapacidades prenatales o genéticas que inciden en el desarrollo, y presentarse más tarde o estar ausente en aquellos con síndrome de Prader-Willi (SIECUS, 2001). Los contenidos del programa deberán ajustarse según corresponda.
- **Elabore una lista de servicios de derivación recomendados para asegurarse de que sean respetuosos con los niños y los jóvenes con discapacidad:** Elabore una lista de servicios sociales y de salud o de profesionales recomendados a los que pueda derivarse a los participantes, incluyendo servicios de consejería y atención para casos de abuso sexual (Chirawu et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018a). En caso de no existir servicios de derivación disponibles, los desarrolladores del programa deberán sumar esfuerzos de abogacía para incidir en los gobiernos de modo que ofrezcan esos servicios, además de sensibilizar a los prestadores de servicios.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Pregunte a los participantes cuáles son sus preferencias de aprendizaje y trate de incorporarlas al programa:** Es probable que los participantes prefieran aprender de manera individual, en grupos pequeños o en grupos más grandes. También es importante preguntarles cómo les gustaría que los facilitadores les dieran retroalimentación y apoyo para su aprendizaje, por ejemplo, a través del uso de ayudas visuales, ayudándoles a seguir los contenidos página por página, trabajando a un ritmo más lento al leer y aprender contenidos, observando a los facilitadores modelar un comportamiento o a través de un sociodrama.
- **Haga la prueba con una variedad de técnicas didácticas para determinar qué es lo que mejor funciona para participantes individuales:** Los facilitadores también pueden empoderar a los participantes sentándose o poniéndose de pie a la altura de la vista del participante (si el participante no es ciego) y explicándole que el facilitador y la persona joven con alguna discapacidad son iguales; asegurándose de que existan lineamientos claros acerca de cómo es que un participante debe solicitar ayuda, y únicamente proporcionarla si los participantes la solicitan, de modo que puedan hablar y actuar por sí mismos.
- **Haga énfasis en las habilidades sociales pertinentes:** La enseñanza de habilidades debe poner un mayor énfasis en la práctica de una amplia gama de habilidades sociales relacionadas con la discapacidad particular.

Ejecución del programa

- **En aquellos casos en los que la EIS sea impartida a niños y jóvenes con y sin discapacidades en un mismo grupo, no segregue a los participantes por su discapacidad:** La EIS debe hacer énfasis en la diversidad e incluir una descripción general del impacto de la discapacidad en la sexualidad, sin hacer hincapié en las discapacidades de cualquier niña, niño o persona joven en particular. No deberá señalarse a ninguno de los niños y jóvenes con discapacidad, de manera particular en aquellos entornos en los que las personas tengan capacidades mixtas.
- **Proporcione a los facilitadores apoyo continuo y capacitación detallada acerca de los métodos y técnicas apropiados (Sweeney, 2007):** Los facilitadores deben poder abordar los contenidos de manera específica para cada tipo de discapacidad, además de enseñar contenidos generales de manera apropiada.
- **Respete y adopte el lenguaje preferido por las personas con discapacidad:** De manera general, al referirse a las personas con discapacidades se recomienda usar un lenguaje en el que "se ponga a las personas por delante" (por ejemplo, "personas con parálisis cerebral" y "personas con discapacidades de aprendizaje"). Sin embargo, los programas de EIS deberán consultar a los niños y los jóvenes que participen en un programa dado para determinar cómo se identifican a sí mismos.
- **Haga énfasis en los límites:** Los facilitadores deberán modelar y discutir con los participantes la importancia de fijarnos límites y respetar los de otras personas (en lo que respecta al espacio personal, el tiempo privado vs. el público, pensamientos y conversaciones, y el contacto físico) (Szydlowski, 2016), lo mismo que en relación con el control de sus propios cuerpos y el derecho a rehusarse a ser tocados.
- **Ofrezca a los niños y los jóvenes con discapacidad oportunidades para interactuar con pares que no tengan discapacidades:** De ser necesario, esas interacciones se pueden promover a través de actividades complementarias.
- **Asegúrese de que los facilitadores tengan acceso a apoyo y mecanismos de derivación** para hacer frente a denuncias de situaciones de abuso, violencia y explotación sexual que pudieran surgir durante la EIS o después de ella, especialmente al impartir este tema (Johns et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018a; Hanass-Hancock et al., 2018b).

3.2.2 Jóvenes con discapacidades físicas

Ejecución del programa

- **Considere la posibilidad de trabajar con grupos mixtos de participantes con y sin discapacidad~~es~~:** Las sesiones conjuntas con pares que no tengan discapacidades son particularmente apreciadas por los niños y jóvenes con discapacidades visibles que quieren ser educados como sus pares (Esmail et al., 2010b). Es importante contar con información adicional y material complementario para los participantes con discapacidades que estos puedan consultar de manera independiente en línea, o bien a través de sesiones individuales o en grupos pequeños en un entorno seguro y privado (Esmail et al., 2010a). Cabe hacer notar que algunos grupos, especialmente aquellos con discapacidades adquiridas, por ejemplo, sobrevivientes de quemaduras, podrían preferir programas de EIS que incluyan solamente a otros con su misma discapacidad (Parrott y Esmail, 2010).

3.2.3 Jóvenes con discapacidades intelectuales

Planeación y desarrollo del programa

- **Es importante ayudar a los niños y los jóvenes con discapacidades intelectuales a alcanzar la autodeterminación sexual o un nivel más alto de empoderamiento** (Gougeon, 2009; Travers et al., 2014; Ginevra et al., 2016): Esto significa promover la salud sexual y la integración social de los niños y los jóvenes con discapacidades intelectuales de una manera integral en el marco de un programa de vida independiente, en aquellos casos en los que sea posible (Katz y Lazcano-Ponce, 2008). La educación en sexualidad debe iniciar de manera temprana con el fin de facilitar la toma de decisiones y poder llevar a cabo una transición positiva a la vida adulta.
- **Ofrezca oportunidades para construir relaciones entre pares:** Los niños y los jóvenes con discapacidades intelectuales importantes, a menudo se encuentran sujetos a una supervisión adulta constante que puede impedirles tener intercambios significativos con sus pares y forjar relaciones. La EIS debe combinarse con actividades o programas de apoyo e integración social con pares que no tengan discapacidades. Esto les permitirá practicar las habilidades aprendidas en un ambiente auténtico e incluyente y adquirir el aprendizaje vivencial necesario acerca de la sexualidad al que los niños y los jóvenes sin discapacidades tienen más probabilidades de acceder de manera rutinaria (Eastgate, 2008; Katz y Lazcano-Ponce, 2008; Gougeon, 2009; Swango-Wilson, 2010; Travers et al., 2014).
- **Planifique la composición del grupo cuidadosamente:** Considere cómo dar cabida a participantes con diferentes niveles de capacidad cognitiva (Chappell et al., 2018). Se pueden organizar grupos de participantes con base en su edad o su capacidad para ayudar a planear actividades.
- **Adapte la metodología, no los contenidos:** De manera general, los contenidos del programa deberán ser los mismos que aquellos para los pares de su misma edad (aunque a los niños y los jóvenes con discapacidades intelectuales se les debe educar para comprender que son más vulnerables a diversas formas de abuso). Sin embargo, la metodología deberá ser apropiada a su nivel de desarrollo, y será necesario simplificar, adaptar o reformular algunos conceptos. Las infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, pueden discutirse de manera general desde una perspectiva de la prevención, sin entrar en los detalles de cada infección.
- **Comience por abordar las necesidades más inmediatas o esenciales de los participantes:** Por ejemplo, en el caso de alguien con síndrome de Down, lo anterior podría incluir seguridad, habilidades sociales e independencia (Couwenhoven, 2007).
- **Céntrese en habilidades que les permitan hacer distinciones necesarias:** Las distinciones simples, tales como niño vs. niña, sanitarios de varones vs. mujeres, pueden ayudar a los niños y los jóvenes con discapacidades intelectuales a manejar mejor su vida cotidiana. También es importante ayudarles a distinguir entre aquellas personas con las que resulta apropiado o no desnudarse, aceptar ayuda para sus necesidades fisiológicas o atención menstrual, tocar ciertas de su cuerpo o salir de la escuela (Hanass-Hancock et al., 2018a; Johns et al., 2014; Gerhardt, sin fecha).

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Haga demostraciones tan concretas como sea posible:** Por ejemplo, al hablar acerca del embarazo y la crianza de los hijos, traiga a un bebé a la sesión para explicar sus necesidades, tales como alimentación, cambio de pañales y otras formas de cuidado (Boehning, 2006). Los materiales de enseñanza recomendados incluyen modelos tridimensionales, muñecos anatómicamente correctos, fotografías, imágenes, videos y diagramas.
- **Proporcione un contexto para el aprendizaje de habilidades sociales y reglas de urbanidad:** Sitúe cada habilidad o comportamiento individual en lugares específicos, por ejemplo, cómo saludar a una persona en una tienda en comparación con hacerlo en la casa o el trabajo.
- **Deles tiempo y repita los contenidos:** Los niños y los jóvenes con discapacidades intelectuales necesitan más tiempo para asimilar el aprendizaje (Murphy y Elias, 2006; Couwenhoven, 2007; Johns et al., 2014; Schaafsma et al., 2017; King County, 2018). Divida las actividades en pasos pequeños y simples. Es necesario repetir los contenidos con frecuencia y transmitirlos a través del uso de diferentes entornos y contextos, lo mismo que con personas desconocidas. Es necesario programar sesiones de actualización y revisiones frecuentes para mantener las habilidades y los conocimientos adquiridos (Swango-Wilson, 2010; Schaafsma et al., 2015; Visser et al., 2017). La repetición es algo particularmente importante en el caso de aquellos con síndrome de Down (Couwenhoven, 2007).
- **Use con frecuencia el elogio y el refuerzo positivo:** Esto ayudará a los participantes a ver el aprendizaje acerca de la sexualidad como una experiencia positiva (Baxley y Zendell, 2011).
- **Haga uso de las oportunidades espontáneas de aprendizaje y la enseñanza incidental:** Si una de las participantes está embarazada, esa es una buena oportunidad para enseñar conceptos relacionados con el embarazo (siempre y cuando la joven embarazada se sienta cómoda con ello), o reproducir una canción con contenidos relacionados con esa lección. (Moss y Blaha, 2001).
- **Al hablar acerca de la importancia de denunciar situaciones de acoso o violencia sexual, deberá existir una persona disponible a la que los participantes puedan reportar dichas situaciones de abuso:** Es probable que a algunos participantes se les facilite más aprender de manera visual como resultado de su discapacidad y, por ello, es probable que les resulte más difícil contactar a alguien por teléfono o correo electrónico. Si no es posible contar con una persona de contacto presente, asegúrese de que los participantes reciban información clara acerca de a quién deben acudir. Por ejemplo, podrían dibujar el contorno de su propia mano en una hoja de papel y escribir el nombre de las personas a las que pueden contactar y su número telefónico en cada dedo, por ejemplo, su padre o madre, la policía, un consejero o un profesional en trabajo social. Los participantes deberán tener por lo menos tres nombres de personas que contactar, de modo que si la primera persona no está disponible, puedan contactar a otra de inmediato. Como la seguridad de los niños y los jóvenes es primordial, es importante abordar con los participantes la posibilidad de que algún maltratador potencial descubra cualquier información escrita que ellos pudieran tener, además de las formas en la que pueden manejarla de manera discreta u ocultarla, incluyendo cómo mantener la información de sus contactos segura y cómo comunicarse de manera segura y discreta con las personas adultas en las que confían.

Ejecución del programa

- **Imparta las sesiones a un ritmo más lento e incluya más recesos:** No sobrecargue a los participantes con demasiada información.

- **Use la lengua materna de los participantes siempre que sea posible:** Esto es especialmente importante al hablar acerca de temas sensibles o personales, como las partes íntimas del cuerpo y diferentes formas de contacto físico (Chappell, 2018).
- **Transmita los contenidos en términos concretos:** Use un lenguaje claro, simple y explicito, y haga lo mismo con sus explicaciones (Katz y Lazcano-Ponce, 2008; Gougeon, 2009; Travers et al., 2014; Holland-Hall y Quint, 2017). La información deberá ser científica o basada en hechos, pero no demasiado técnica. Evite el uso de eufemismos como "dormir juntos" o palabras de doble significado (Holland-Hall y Quint, 2017). Los facilitadores deberán repetir una serie de conceptos o palabras clave a lo largo del programa, tales como "Es algo privado" (Johns et al., 2014).
- **En caso de presentarse un comportamiento inapropiado, evite reaccionar de manera exagerada o reaccionar pasivamente** (Moss y Blaha, 2001)**:** En el caso de aquellos participantes con discapacidades intelectuales severas, el facilitador deberá, en ese mismo momento, redireccionar el comportamiento inapropiado, por ejemplo, un acto de masturbación o quitarse la ropa, repitiendo el redireccionamiento, en lugar de enseñar la acción correspondiente después del evento, es decir, fuera de contexto.
- **Evite el contacto físico intrusivo:** Enseñe a los participantes que su cuerpo en su totalidad es algo privado, y que antes de que alguien lo toque debe pedirles permiso, además de enseñarles conceptos como el derecho a la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con su cuerpo, especialmente en lo que respecta a situaciones como procedimientos de esterilización, el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo; que tienen el derecho de decir que "no"; maneras de saludar que no impliquen abrazos o besos (de modo que las personas jóvenes con discapacidades aprendan que saludar no siempre implica una invasión a su privacidad); y que solo un "sí" verbal, y no asentir con la cabeza o una sonrisa, significa "sí" (ya que su discapacidad se traduce en una desventaja que podría llevar a otras personas a no creerles si se les acusa de un acto sexual no consentido).

3.2.4 Jóvenes sordos o con audición reducida

Planeación y desarrollo del programa

- **Sea autocrítico en lo que respecta a sus prejuicios inconscientes:** Es importante que las personas oyentes que participen en el diseño de los programas de EIS conozcan los mitos más comunes acerca de la sordera que se traducen en prejuicios inconscientes.
- **Promueva el uso de todos los medios de comunicación efectivos y adecuados**: Estos pueden incluir:
  - **lengua de señas**
  - **una comunicación total** (que incorpore todas las formas de comunicación: señas formales, gestos naturales, deletreo manual, lenguaje corporal, escucha, lectura de labios y habla)
  - **medios bilingües/biculturales** (reconociendo la autenticidad e importancia de las culturas sorda y no sorda[4] e incorporando elementos de ambas en las sesiones)
  - **la palabra complementada:** (un sistema de comunicación visual en el que los movimientos de la boca propios del habla se combinan con "complementos" que permiten que todos los sonidos del habla se combinan con "complementos" que permiten que todos los sonidos del habla se combinan con "complementos" que permiten que todos los sonidos del habla se combinan con "complementos" que permiten que todos los sonidos del lenguaje hablado se vean diferentes)
  - **técnicas de lectura de labios**

- Los **sistemas de bucle magnético o de FM** (dispositivos de ayuda auditiva inalámbricos que constan de un transmisor usado por la persona que habla y un receptor usado por aquella que escucha), además de la disponibilidad de subtítulos en medios audiovisuales, son importantes para mejor la accesibilidad a la comunicación por parte de las personas con deterioro auditivo (WHO, 2016b).
- **Promueva el aprendizaje de lengua de señas entre las familias de los niños y jóvenes sordos, involucrando a sus padres y cuidadores:** Esto es importante porque la lengua de señas puede mejorar la comunicación y facilitar las conversaciones acerca de la sexualidad (Lamoureux, 2014).
- **En todos aquellos casos en los que sea posible, programe sesiones conjuntas para los padres de niños y jóvenes sordos y con audición reducida y sus hijos:** Esas intervenciones pueden ayudar a los padres no sordos a involucrar a los niños y los jóvenes sordos en conversaciones de grupo.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Haga uso de técnicas visuales, táctiles y cinéticas:** Estos métodos son más adecuados a los estilos de aprendizaje de los niños y jóvenes sordos y con audición reducida. Los métodos no deberán basarse demasiado en el lenguaje escrito.
- **Utilice demostraciones físicas explícitas:** El uso de obras de teatro y sociodramas permitirá a los niños y jóvenes sordos o con audición reducida observar diversas interacciones y sus efectos. También existen algunas otras técnicas útiles, como las discusiones en grupos pequeños, oradores invitados sordos, modelos tridimensionales para la enseñanza de anatomía y fisiología, y videos en lengua de señas (Lamoureux, 2014). En aquellos casos en los que sea posible, los videos deberán tener la opción de mostrar u ocultar subtítulos. Si se cuenta con video de un intérprete de señas, este deberá mostrarse en una pantalla más grande, y el presentador acompañante deberá aparecer en una pantalla de video más pequeña.
- **Asegúrese de que los materiales escritos se adapten al nivel de lectura de los participantes:** Si se usan folletos o algún otro tipo de documentos, asegúrese de que estos incluyan elementos visuales tales como ilustraciones y dibujos. Privilegie el uso de elementos visuales claros por encima de las palabras, y use un lenguaje sencillo (Lamoureux, 2014). Si los participantes no cuentan con habilidades lingüísticas sólidas, o muestran una velocidad de procesamiento reducida o habilidades de comprensión limitadas, es probable que los facilitadores tengan que hacer uso de la repetición, exposiciones múltiples o la exposición a los mismos conceptos a largo plazo.

Ejecución del programa

- **Asegúrese de que la EIS sea impartida en lengua de señas por facilitadores capacitados para comunicarse en ella de manera fluida y que, de preferencia, se identifiquen fuertemente con la cultura sorda:** La capacidad del facilitador para comunicarse de manera fácil y eficiente con los participantes es el factor más

[4] La palabra Sorda con "S" mayúscula se usa para referirse a personas que se identifican como culturalmente sordas y tienen una fuerte identidad sorda. Las personas sordas con "s" minúscula son aquellas que no se asocian con la cultura Sorda de una manera tan cercana.

importante en la EIS para niños y jóvenes sordos y con audición reducida, tal como sucede con cualquier otra forma de educación para ellos. El uso exclusivo de la lectura de labios no es efectivo para fines de aprendizaje, ya que la persona únicamente puede comprender una parte de lo que se dice. En el caso de aquellos participantes con capacidad auditiva residual y/o que utilizan tecnologías de audición asistida, tales como ayudas auditivas o implantes cocleares, la facilitación hablada puede funcionar, pero únicamente si el estudiante puede entender la mayor parte de, o todo, lo que la persona no sorda dice.

- **Los facilitadores deben asegurarse de que la lengua de señas que están usando corresponda al dialecto usado por los participantes:** Esto es importante, ya que diferentes comunidades tienen diferentes dialectos de lengua de señas (Lamoureux, 2014).
- **Ocúpese de cualquier brecha pertinente en la lengua de señas:** Puede ser que en algunos tipos de lengua de señas no existan señas estándar para referirse al vocabulario sexual, o bien que los participantes usen argot de señas. En estos casos, use técnicas participativas e invite a los facilitadores y los participantes a trabajar juntos para desarrollar esas señas.
- **Si los facilitadores no cuentan con habilidades de lengua de señas asegúrese de capacitarlos de modo que sepan cómo trabajar de manera efectiva con un intérprete:** El facilitador deberá usar oraciones cortas y dar tiempo para la interpretación en lengua de señas o la lectura de labios, sin ignorar el hecho de que el deterioro auditivo de los participantes no afecta su capacidad intelectual. Cualquier ayuda visual deberá colocarse al lado del intérprete de señas, ya que es ahí adonde los participantes estarán dirigiendo su mirada. El facilitador deberá evitar hablar y apuntar a los apoyos visuales al mismo tiempo, ya que los participantes sordos y con audición reducida necesitarán tiempo para desviar su atención del intérprete de lengua de señas a cualquier material visual.
- **Asegúrese de que los intérpretes puedan comunicarse en la lengua de señas nativa de los participantes:** Si no es posible impartir el programa directamente en lengua de señas y es necesario recurrir a un intérprete de lengua de señas externo, verifique la calidad de las habilidades de comprensión y traducción del intérprete preguntando a los participantes si su interpretación en lengua de señas les resulta comprensible.
- **Asegúrese de que los facilitadores sepan cómo reconocer indicios de abuso, incluyendo abuso sexual:** Es probable que los niños y jóvenes sordos no hayan podido aprender cómo adoptar un comportamiento sexualmente apropiado a través de la escucha casual de conversaciones o de programas de radio, televisión u otras fuentes auditivas, y también pueden tener dificultades para reportar situaciones de abuso si sus padres o cuidadores, o las personas adultas en las que confían, no saben comunicarse en lengua de señas y además tienen problemas para comunicarse oralmente.

3.2.5 Adolescentes y jóvenes ciegos

Planeación y desarrollo del programa

- **Considere la forma en la que los niños y los jóvenes aprenden conceptos acerca de la sexualidad a través de la observación visual, y cómo abordar esos conceptos con aquellos que son ciegos:** Los desarrolladores de programas deben identificar estos aspectos de la sexualidad y los comportamientos humanos e incluirlos en el programa de EIS. Esos aspectos y comportamientos incluyen, por ejemplo, las posturas y el lenguaje corporal típicos en ambientes formales e informales; la distancia a guardar de las personas dependiendo de su relación con ellas; y el hecho de que es posible ver a las personas a través de una ventana si las cortinas no están cerradas.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **En todos aquellos casos en los que sea posible, use materiales apropiados, incluyendo materiales en lenguaje Braille:** Los facilitadores también pueden usar software de lectura de pantallas, teclados Braille y sintetizadores de voz, en caso de estar disponibles (Davies, 1996). En caso de no contarse con material en lenguaje Braille, los métodos listados a continuación también ayudarán a facilitar el aprendizaje. En el caso de participantes con visión limitada, use materiales impresos y pictogramas de tamaño grande y materiales de alto contraste con colores brillantes, y asegúrese de que el salón cuente con iluminación adecuada.
- **Use métodos táctiles que permitan a los estudiantes ciegos tocar los materiales para aprender acerca de ellos:** Por ejemplo, para enseñar conceptos de anatomía, la respuesta sexual y el uso del condón, use modelos anatómicamente correctos (Krupa e Esmail, 2010).
- **Describa el mundo visual por medio del uso de descripciones detalladas, profundas, concretas, veraces y multisensoriales:** Es importante explicar aquellos conceptos que impliquen componentes visuales, tales como alto, bajo, fornido**.**
- **Explique los conceptos con los que los participantes no estén familiarizados con mayor detalle:** Los niños y los jóvenes ciegos pueden tener una comprensión diferente acerca de conceptos como el género, la imagen corporal, el espacio y los límites personales, las diferencias anatómicas, el comportamiento sexual y el lenguaje sexual.

Ejecución del programa

- **Use facilitadores ciegos y no ciegos:** Aun cuando se recomienda contar con facilitadores ciegos, también es importante para los participantes ciegos aprender de un facilitador que no es ciego, ya que puede resultar útil para ellos escuchar la perspectiva y las descripciones visuales de una persona que no es ciega.
- **Preste mucha atención a los participantes:** La EIS impartida por medio del uso de métodos táctiles debe ofrecerse ya sea de manera individual o en grupos pequeños en los que no participen niños o jóvenes que no tengan discapacidades, para los cuales los métodos táctiles no resultan apropiados. Permita que los participantes ciegos hagan preguntas a sus pares con visión reducida (Hanass-Hancock et al., 2018a).
- **Respete los límites físicos de los participantes:** Los facilitadores pueden usar demostraciones físicas, pero siempre deberán pedir a los participantes permiso antes de tocar sus cuerpos, ya que esto les proporciona información acerca de lo que va a suceder y les hace saber que tienen el control en lo que respecta a quién toca su cuerpo.

3.2.6 Jóvenes con trastorno del espectro autista

De manera general, en el caso de niños y jóvenes con trastorno del espectro autista de bajo funcionamiento, especialmente aquellos que también presentan discapacidades cognitivas, deberán aplicarse las recomendaciones que aparecen en la Sección 3.2.3 sobre discapacidades intelectuales. Es probable que aquellos que tengan un nivel de funcionamiento muy alto estén asistiendo a escuelas convencionales y reciban EIS en ellas, en caso de ofrecerse.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Use métodos desarrollados específicamente para enseñar y reforzar el aprendizaje en niños y jóvenes con trastorno del espectro autista (TEA):** Estos métodos incluyen los siguientes:
  - **análisis del comportamiento aplicado**[5]
  - **técnica de historias sociales**[6]
  - **enseñanza de tareas discriminadas**[7]
  - **ayudas visuales:** una serie de imágenes o representaciones visuales de lo que se supone que el participante debe hacer, a manera de recordatorio, de modo que este pueda realizarlo de manera independiente
  - **modelado:** el facilitador ofrece refuerzo solo para las aproximaciones cercanas al comportamiento deseado que está enseñando
  - **ensayo cognitivo:** el facilitador y el participante trabajan juntos para identificar diversas maneras de manejar un problema en particular y ponerlas en práctica
  - **historias personalizadas:** historias que explican situaciones sociales adaptadas a los participantes, por ejemplo, a través del uso de fotos de ellos mismos o sus familiares y amigos, para enseñarles qué esperar y cómo actuar en esas situaciones
  - **modelado de comportamientos:** ya sea en persona o a través del uso de un video (Gerhardt, 2013).
- **Asegúrese de que sus lecciones se refieran a situaciones específicas:** La contextualización es más importante que la repetición en el caso de los participantes con trastorno del espectro autista. Explore la comprensión de los participantes, en vez de recurrir a la repetición de manera excesiva. Proporcione múltiples ejemplos para ayudar a la generalización de los conceptos (Gerhardt, sin fecha).
- **Incorpore el trabajo en grupos o actividades individuales dependiendo de los participantes:** En el caso de aquellos participantes con trastorno del espectro autista leve o moderado, se recomienda el uso de trabajo en grupos pequeños. Sin embargo, para aquellos con trastorno del espectro autista severo, únicamente se recomienda el trabajo en grupos durante periodos cortos, con actividades individuales en su mayor parte.
- **Evite el uso de recursos visuales complejos:** Las imágenes o ilustraciones no deberán ser complejas o muy cargadas, ya que, de ser así, los participantes podrían centrar su atención en los detalles más que en el significado de la imagen en general (Gerhardt, sin fecha). El punto a destacar en la imagen deberá ser fácilmente identificable por el participante. Es probable que los participantes necesiten ayuda para la interpretación de las expresiones faciales o el lenguaje corporal que se ven en las imágenes (Johns et al., 2014).
- **Céntrese en los conceptos más que en los detalles:** Los participantes con trastorno del espectro autista pueden centrar su atención en los detalles de cada concepto, en lugar de hacerlo en el concepto mismo. Por ello, puede resultar difícil para ellos comprender conceptos sociales, de modo que los facilitadores deberán enseñar todo siguiendo pasos sencillos y centrarse en su comprensión de los conceptos (Johns et al., 2014).

3.2.7 Jóvenes con discapacidades psicosociales

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Tome en cuenta las dificultades potenciales asociadas con el procesamiento cognitivo o el habla:** Las personas con discapacidades psicosociales pueden enfrentar ese tipo de desafíos como resultado de sus síntomas o medicamentos, lo cual puede traducirse en dificultades para concentrarse, somnolencia, agitación o pesadez en la lengua. En estos casos, puede que sea necesario usar métodos similares a los recomendados para las personas con discapacidades intelectuales.
- **Use ejemplos concretos, actividades multisensoriales y sociodramas en aquellos casos en los que resulte apropiado:** Estos elementos deberán ser diseñados tomando en cuenta el diagnóstico del niño o la persona joven. El uso del sociodrama es de gran ayuda para los niños y jóvenes con discapacidades psicosociales, ya que les ayuda a ponerse en el lugar de los demás al practicar como si fueran la otra persona, algo que pueden encontrar difícil de hacer.

Currículos y documentos clave

- *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities* (Florida Developmental Disabilities Council, 2011)
- *Sexual Health Education for Students with Differing Abilities* (Alberta Health Services, 2017)
- *FLASH Curriculum in Sexual Health Education: Lesson Plans for Special Education* (Public Health Seattle & King County, 2005-13)
- *Personal Safety Planning Awareness Choice Empowerment (SPACE): A Violence Prevention Programme for Women* (The Arc Maryland)
- *Mujeres y Jóvenes con Discapacidad: Directrices para Prestar Servicios basados en Derechos y con Perspectiva de Género para Abordar la Violencia basada en Género y la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos* (UNFPA, 2018)
- *Addressing Issues of Sexuality with Participants Who Are Visually Impaired* (Perkins School for the Blind, 2014, video)
- *The Center on Secondary Education for Students with Autism Spectrum Disorders (CSESA)* (sitio web)
- *Sexuality and Disability* (sitio web)

[5] Para una descripción, ver https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis-aba-0
[6] Para una descripción, ver http://best-practice.middletownautism.com/approaches-of-intervention/social-stories/
[7] Para una descripción, ver https://www.autismspeaks.org/expert-opinion/what-discrete-trial-training

- *Supporting People with Learning Disabilities to Develop Sexual and Romantic Relationships* (National Development Team for Inclusion, 2016)
- *Jóvenes con Discapacidad: Estudio Global sobre cómo Poner Fin a la Violencia de Género y Hacer Realidad la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos* (UNFPA, 2018)
- *Talking about Sex and Relationships: The Views of Young People with Learning Disabilities* (CHANGE, 2009)
- *Se Trata de la Capacidad: Una Explicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (UNICEF, 2008)
- *Healthy Relationships, Sexuality and Disability: Resource Guide 2014 Edition* (Massachusetts Department of Public Health, 2014)
- *Impact: Feature Issue on Sexuality and People with Intellectual, Developmental and Other Disabilities* (Institute on Community Integration & Research and Training Center on Community Living, University of Minnesota, 2010)
- *Human Sexuality Education for Students with Special Needs* (MarshMedia, 2007)
- *Teaching Sexuality to Developmentally Disabled Youth: What Do I Say? How Do I Say It?* (Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention, sitio web)
- *Resource List for Teaching People with Sensory Disabilities Social Skills and Sexuality Education* (Perkins School for the Blind, 2014)
- *PleasureABLE: Sexual Device Manual for Persons with Disabilities* (Disabilities Health Research Network, 2009)
- *Disability and HIV* (UNAIDS, 2017)

3.3 Jóvenes en entornos de crisis humanitarias

Las crisis humanitarias se presentan como resultado de un evento o serie de eventos que amenazan el bienestar, la seguridad o la salud de un grupo numeroso de personas. Pueden iniciar de manera repentina, presentarse de manera cíclica o evolucionar lentamente. Pueden tener causas naturales o ser provocadas por el hombre, y presentarse como consecuencia de desastres naturales, conflictos armados, persecución y/o genocidio, epidemias, cambio climático, hambruna, o situaciones de pobreza y desigualdad que dan origen a una migración económica masiva.

Los jóvenes en entornos de crisis humanitarias pueden ser:

- **personas desplazadas internamente,** lo cual significa que continúan viviendo en su propio país, pero han tenido que huir de su hogar
- **refugiados,** lo cual significa que han tenido que dejar su propio país, por lo general para migrar a un país vecino
- **separados,** lo cual significa que son niñas o niños (es decir, menores de 18 años) que se han separado de ambos padres o su cuidador principal legal o habitual, pero no necesariamente de otros familiares. Pueden estar acompañados de otros familiares adultos
- **no acompañados,** lo cual significa que son niñas o niños que han sido separados de ambos padres y otros familiares y no están bajo el cuidado de una persona adulta que, ya sea por ley o de manera habitual, es la responsable de hacerlo
- **apátridas,** lo cual significa que no son considerados como nacionales por ningún país con base en su legislación.

Se estima que más de la mitad de todos los refugiados que existen en el mundo son menores de 18 años (UNHCR, sin fecha). En 2017, habían más de 173,000 niñas y niños no acompañados y separados (UNHCR, 2017). La mayoría de las personas refugiadas y desplazadas internamente viven en entornos urbanos, no en campamentos (USA for UNHCR, 2018). Sus situaciones a menudo se caracterizan por flujos intensos: pueden estar en movimiento, ser itinerantes o estar en proceso de migración, o bien quedar atrapadas en un lugar específico. En ocasiones viven en condiciones precarias en zonas naturales o en las calles, o pueden estar alojadas en albergues o retenidas en centros de detención.

Durante las crisis humanitarias, las estructuras e instituciones cotidianas que contribuyen al desarrollo y el crecimiento saludable de las niñas, los niños y los jóvenes se ven trastocadas: su educación típicamente se ve interrumpida o postergada, las redes comunitarias y sociales colapsan, y las familias a menudo son separadas. Los niños y jóvenes que viven esas situaciones enfrentan una adolescencia con un menor acceso a la educación, la información, las instalaciones y los servicios que necesitan, y con menos salvaguardas. Aquellos separados de sus familias o que son jefes de familia pueden verse obligados a abandonar sus estudios, trabajar en condiciones de explotación laboral, vender servicios sexuales, o contraer matrimonio para poder satisfacer sus necesidades de alimentación, albergue o protección (Kerner et al., 2012). Por otra parte, en los períodos caóticos que se presentan durante las crisis humanitarias y después de ellas, enfrentan un mayor riesgo de padecer situaciones de violencia, abuso y explotación de tipo sexual (Kerner et al., 2012).

Todo lo anterior hace que las niñas, niños y jóvenes en contextos de crisis humanitarias sean particularmente vulnerables al embarazo temprano, el aborto en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual y VIH, estigmatización social, y angustia y traumas psicológicos (Kerner et al., 2012). Los niños y los jóvenes que se convierten en refugiados o solicitantes de asilo a menudo deben enfrentar las diferencias culturales relacionadas con la sexualidad y las relaciones en el país que los recibe, especialmente si se desplazan de un país conservador a otro liberal en el que podrían no entender los valores sexuales, el idioma, las costumbres o las leyes relacionadas.

Planeación y desarrollo del programa

- **Incluya el diseño de programas de EIS como parte de sus actividades de preparación para emergencias:** Es fundamental asegurarse de no pasar por alto las intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva dirigidas a niños y jóvenes, incluida la EIS, al principio de las emergencias. Las necesidades varían dependiendo de las fases de la respuesta humanitaria, que incluyen la preparación para casos de desastres y la reducción de riesgos; la respuesta mínima; la respuesta integral, y la recuperación (Women's Refugee Commission et al., 2012).
- Tome en consideración que los niños y los jóvenes en entornos de crisis humanitarias a menudo tienen un alto nivel de movilidad: Como es probable que algunos niños y jóvenes no permanezcan en un solo lugar durante mucho tiempo, el uso de sesiones impartidas en un periodo breve, en lugar de espaciarlas, puede ser una manera más eficaz de llegar a ellos. Cada lección deberá contener información

discreta (es decir, información completa acerca de un tema, en vez de dejar contenidos pendientes para la siguiente lección). Organice sesiones que puedan impartirse en una variedad de horarios, desde sesiones individuales y rápidas con la información más pertinente hasta sesiones y programas más completos.

- **Ponga atención particular a las vulnerabilidades de las niñas, niños y jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transgénero en entornos de crisis humanitarias:** Estos niños y jóvenes pueden ser particularmente vulnerables cuando se encuentran en entornos de crisis humanitarias debido a la falta de acceso a programas que sean seguros, incluyentes y respondan a sus necesidades (WRC, 2016).
- **Integre o vincule la EIS con otros servicios, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva, siempre que sea posible:** Un enfoque holístico, multisectorial e integrado puede incluir habilidades para la vida no relacionadas con la EIS, alfabetización y conocimientos básicos de aritmética, formación para el trabajo y habilidades de subsistencia (Women's Refugee Commission et al., 2012). Puede resultar útil integrar la EIS a otras actividades ya existentes o planeadas, incluyendo el trabajo para la prevención de la violencia por razón de género.
- **Siempre que sea posible, integre a la comunidad local y/o anfitriona en los programas:** En aquellos lugares en los que las personas refugiadas o internamente desplazadas estén integradas a la población local, los programas también deberán integrarse e incluir a ambos grupos.
- **No dé por hecho que no es posible abordar temas relacionados con la sexualidad en una cultura conservadora:** Esto es particularmente importante para los desarrolladores de programas externos a esa cultura. Investigue qué es lo que está disponible en el contexto o en lugares similares. En los entornos de refugiados, las poblaciones a menudo entran en contacto con una amplia variedad de personas, lo cual puede exponerlas a nuevas experiencias, ideas, mensajes y programas.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Tome en consideración el nivel de alfabetización de los participantes y asegúrese de que todos puedan participar por igual:** Es probable que los niños y los jóvenes en contextos de emergencias, especialmente en crisis prolongadas, hayan tenido que faltar mucho a clases y, en consecuencia, a menudo tendrán grandes deficiencias en su educación. Por lo tanto, tienen mayores probabilidades de ser analfabetas o tener un bajo nivel de alfabetización. Use métodos que sean apropiados al nivel de alfabetización del estudiante.
- **Ofrezca a las niñas oportunidades para socializar, trabajar en redes y organizarse:** Promueva la protección y el empoderamiento de las niñas proporcionándoles el tiempo y el espacio necesarios para que construyan amistades y encuentren un apoyo mutuo entre sus pares y personas adultas en sus comunidades (Women's Refugee Commission et al., 2013; IRC, 2017).

Ejecución del programa

- **Considere la posibilidad de usar múltiples canales para impartir la EIS, dependiendo del entorno humanitario:** Lo anterior se puede hacer a través de servicios gubernamentales directos, organizaciones no gubernamentales o la ONU; en lugares fijos, tales como centros juveniles, espacios seguros para mujeres y niñas, clínicas para jóvenes u otros servicios de salud; en aulas móviles, en donde los facilitadores sean llevados a la población; o remotamente mediante el uso de tecnología. También puede haber grupos de niñas, niños o jóvenes ya existentes a los que los programas puedan vincularse para ofrecer EIS.
- **Use estrategias de vinculación creativas y flexibles para para llegar a las niñas, niños y jóvenes, sobre todo a las niñas, en entornos inseguros y áreas de difícil acceso:** Para aumentar la participación, ofrezca un acceso flexible al programa en horarios en los que los participantes tengan mayor disponibilidad de tiempo. Los programas deben contar con presupuesto para transporte (Women's Refugee Commission et al., 2012).

Currículos y documentos clave

- *Girl Shine Program Model and Resource Package* (IRC, 2018)
- *My Safety, My Well-being: Equipping Adolescent Girls with Key Knowledge and Skills to Help Them to Mitigate, Prevent and Respond to Gender-Based Violence (GBV)* (IRC, 2016)
- Boys on the Move Life Skills Programme for Unaccompanied Male Adolescents: *Facilitator Handbook, Participant Book, Brochure* (UNFPA, 2019)
- *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En Conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios* (UNFPA, 2009)
- *Healthy Relationships, Healthy Communities Curriculum: Incorporating Mental Health, Social Norms and Advocacy Approaches to Reduce Intimate Partner Abuse* (ABAAD Resource Center for Gender Equality, 2018)
- *Safe You and Safe Me* (Save the Children, 2006)
- *Equal You and Equal Me* (Save the Children, 2010)
- *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings eLearning* (curso en línea) (Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2016)

3.4 Jóvenes Indígenas

Las personas indígenas son los descendientes de aquellos pobladores que habitaron una región geográfica antes de que diferentes culturas o grupos étnicos se asentaran en su territorio y antes de la creación de las fronteras y los estados modernos.[8] Diversas estimaciones indican que existen más de 370 millones de personas indígenas distribuidas en más de 90 países en el mundo (World Bank, 2019). Las personas indígenas han preservado diversas instituciones sociales, culturales, económicas y políticas que son reminiscentes de las sociedades precoloniales, y tienen prácticas, creencias y lenguajes únicos que las distinguen de las culturas dominantes o predominantes en su área geográfica (WHO, 2007b). De manera general, tienen un fuerte sentido de comunidad y una gran conexión con las tierras en las que viven (UNDP, 2019).

El concepto de autodeterminación de los niños y los jóvenes indígenas está vinculado no solo con sus propios cuerpos y derechos sexuales y reproductivos, sino también con sus fuertes conexiones con su cultura, comunidad, historia y tierra. La sexualidad de los niños y los jóvenes indígenas debe entenderse en el contexto de sus creencias y prácticas culturales y su cosmología. Por ejemplo, los ritos de iniciación tradicionales y las ceremonias de mayoría de edad son prácticas que empoderan a los jóvenes indígenas para comprender mejor y ejercer su sexualidad de una manera culturalmente apropiada.

A medida que, con el paso del tiempo, las poblaciones con orígenes coloniales se han ido volviendo más dominantes, los pueblos indígenas han sido relegados a un estatus de minoría en muchos lugares. La asimilación forzada para obligar a poblaciones a adoptar las prácticas religiosas y culturales coloniales o dominantes, la reubicación involuntaria (por ejemplo, como resultado de la degradación ambiental) y la integración coercitiva a sistemas de educación formal, han contribuido a traumas comunitarios intergeneracionales (Reading y Wein, 2013). Actualmente los pueblos indígenas representan uno de los grupos de población más marginados del mundo (WHO, 2007b). Enfrentan desigualdades en casi todos los índices del desarrollo humano, incluyendo salud, educación e ingresos, y los niños y jóvenes indígenas carecen de acceso a servicios de salud de alta calidad, educación, justicia y participación política (WHO, 2007b; Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues, 2014).

Muchos niños y jóvenes indígenas enfrentan desafíos como resultado de tener que crecer en la intersección de dos culturas diferentes, una situación que puede incidir en su desarrollo y su bienestar psicológico y sexual. Además de las barreras a la salud sexual y reproductiva que afectan a los grupos menos favorecidos, como la falta de educación en sexualidad, la falta de acceso a servicios de salud, las condiciones de salud básica precarias, y las normas de género desiguales, muchos niños y jóvenes indígenas enfrentan desafíos particulares, incluyendo la falta de una atención culturalmente apropiada que tome en cuenta sus técnicas de atención preventiva, lo mismo que sus medicamentos y prácticas curativas tradicionales (Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues, 2014). Los servicios inapropiados y sin capacidad de reacción apropiada, combinados con experiencias de discriminación y y la desconfianza en el sistema, llevan a muchos niños y jóvenes indígenas a postergar la búsqueda de atención, en particular en el ámbito de la salud sexual, o a no buscarla en absoluto (State of Queensland, 2013). En algunas regiones los niños y jóvenes indígenas se ven afectados de manera desproporcionada por factores de riesgo ligados al comportamiento que contribuyen a la transmisión del VIH, incluyendo el abuso de sustancias, el embarazo en adolescentes, el comportamiento sexual de riesgo, y una mala salud sexual (PAHO, 2011).

Dada la ausencia de literatura extensa publicada acerca de las necesidades de EIS de los niños y jóvenes indígenas, la mayoría de las recomendaciones incluidas en esta sección se basan en entrevistas con miembros representativos de esa comunidad.

Planeación y desarrollo del programa

- **Las intervenciones deben ser específicas al contexto y la cultura indígenas:** Los programas deben responder y tomar en cuenta, los conceptos indígenas de la salud y la enfermedad pasados y presentes, lo mismo que las prácticas y los conocimientos de la medicina tradicional (United Nations, 2014). Al trabajar con comunidades indígenas, los desarrolladores de programas deben tomar en consideración los efectos de la colonización (histórica o actual), la opresión, el racismo y la desculturización que han traumatizado a comunidades enteras. También deben considerar el contexto socioeconómico existente, que puede incluir altas tasas de criminalidad, suicidio y violencia comunitaria y familiar en comunidades pequeñas y muy unidas en áreas remotas que carecen de acceso a servicios (PAHO, 2011).
- **Use un enfoque intercultural:** Los programas deben desarrollar marcos conceptuales que respeten y tomen en consideración la cultura indígena y que vinculen las vidas biológicas, espirituales y emocionales de los participantes para abordar todos los componentes de la salud sexual y reproductiva (Reading y Wein, 2013; United Nations, 2014).
- **Los programas deben ser holísticos y estar dirigidos a las comunidades en su conjunto:** La EIS también deberá dirigirse a los padres y abuelos de los niños y los jóvenes indígenas con el fin de desarrollar sus capacidades para el diálogo intergeneracional acerca de estos temas (United Nations, 2014).
- **Reconozca que la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos indígenas están interconectados con el respeto, la protección y el ejercicio de los demás derechos establecidos en la Declaración de la Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas:** Esto incluye su derecho a la autodeterminación, que ha sido identificado como el más importante indicador de salud para los pueblos indígenas, y su derecho a un consentimiento libre, previo e informado (United Nations, 2007). Por esta razón, es particularmente importante contar con la participación activa y el involucramiento de los niños y los jóvenes indígenas en la planeación y el desarrollo de los programas.
- **Asigne recursos presupuestales y de tiempo adecuados:** Es necesario contar con recursos humanos y financieros suficientes para construir relaciones y trabajar de manera colaborativa con comunidades indígenas heterogéneas y a menudo remotas.

[8] De acuerdo con los principios de los derechos humanos, el término "indígena" se debe aplicar a aquellas personas que se identifican como indígenas en lo personal y también son aceptadas por una comunidad indígena como miembros de la misma.

- **Identifique todas las necesidades de los participantes y asegúrese de que el programa sea lo suficientemente amplio para satisfacer sus necesidades, intereses y aspiraciones:** Lo anterior puede ir más allá de la EIS e incluir aspectos tales como planeación y definición de metas, educación y capacitación, además de oportunidades de empleo, con el fin de construir sus activos sociales, de salud y económicos. La EIS debe vincularse con otros programas y esquemas de los que los niños y los jóvenes indígenas se puedan beneficiar, como aquellos dirigidos a retomar sus estudios, obtener un diploma, y la formación para el trabajo.
- **Considere las necesidades lingüísticas en sus planes:** En algunos países las lenguas pueden variar de una comunidad a otra. Adicionalmente, las lenguas indígenas pueden no tener términos para todos los conceptos relacionados con la sexualidad o pueden usar términos muy diferentes, de modo que podría ser necesario un trabajo de preparación considerable con personas de esas comunidades que entiendan todas las lenguas usadas en el programa.
- **Genere una buena relación:** Si bien es cierto que no todas las personas indígenas viven en entornos rurales, aquellos desarrolladores de programas que ingresen a una comunidad remota o aislada desde el exterior deben tomarse el tiempo para generar una buena relación con la comunidad, y tener la mente abierta a sus prácticas tradicionales a través de la adopción de enfoques interculturales. Para cada tema, deberán trabajar con los miembros locales de la comunidad para averiguar y comprender cuáles son sus creencias, conocimientos y prácticas.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Respete y use los métodos culturales de enseñanza y aprendizaje, e imparta la EIS de una manera culturalmente segura:** La seguridad cultural va más allá del concepto de sensibilidad a las diferencias culturales. Incluye un análisis de los desequilibrios de poder, la discriminación institucional, la colonización y las relaciones con los colonizadores y las culturas hegemónicas, y cómo es que estas se aplican a los servicios y la educación para la salud. La seguridad cultural también es fundamental para reconocer las intersecciones de la salud física, espiritual, mental y emocional de los niños y los jóvenes indígenas. Algunos ejemplos de la educación en sexualidad culturalmente segura son los ritos de iniciación que incorporan la educación entre pares y las mentorías relacionadas con la sexualidad y las relaciones, y las enseñanzas culturales empoderantes, basadas en el conocimiento y libres de estigma o prejuicios (United Nations, 2014).
- **Use enfoques con reconocimiento de la experiencia traumática:** La mayoría de los pueblos indígenas han experimentado situaciones de humillación cultural, y la violencia y el trauma comunitario intergeneracional –ya sea colectivo, institucionalizado, interpersonal o autoinfligido– representan un problema serio para los niños y los jóvenes indígenas (UNDESA, 2015; UNDESA, 2017b; PAHO, 2018). Para mayor información acerca de los enfoques con reconocimiento de la experiencia traumática, ver p.14.
- **Integre las artes y las prácticas de arte indígenas:** En muchas culturas indígenas las artes pueden servir como una forma de expresión de la identidad comunitaria y como canal de información y, por lo tanto, puede resultar apropiado incluir actividades artísticas en la EIS.
- **Reconozca la conexión y la relación profundas de los pueblos indígenas con la tierra:** En aquellos casos en los que resulte pertinente, la EIS deberá impartirse en exteriores. Los enfoques implementados deberán apoyar las perspectivas, valores y prácticas indígenas, reconociendo que el aprendizaje tiene lugar a través de la observación y el cultivo de la relación entre las personas y la tierra. En el caso de la EIS, esto puede incluir las maneras indígenas de tratarse y atenderse, lo mismo que el uso de medicamentos indígenas.
- **Adopte un enfoque de reducción de daños para enseñar acerca de las prácticas nocivas o cualquier comportamiento autolesivo:** Es importante trabajar con los niños y los jóvenes indígenas partiendo del lugar en el que están y ayudarles a transitar a lo largo de un espectro de estrategias que les permitan estar más seguros. Las intervenciones de reducción de daños deben diseñarse de forma tal que reflejen las necesidades específicas de los individuos y las comunidades.
- **Tome en consideración los niveles de alfabetización de los participantes:** En aquellos casos en los que existan bajos niveles de alfabetización, mantenga el uso de materiales impresos al mínimo. No olvide el hecho de que algunas lenguas tienen características lingüísticas diferentes**.**

Ejecución del programa

- **Elija facilitadores que sean culturalmente competentes:** Los niños y los jóvenes indígenas y sus comunidades tienen una mayor predilección por los enfoques dirigidos por indígenas y sus pares, ya que estos reconocen la importancia de la autodeterminación y son culturalmente seguros (UNFPA, 2015a). Otros enfoques tienden a favorecer e imponer cosmovisiones y actitudes externas acerca de la sexualidad y a crear desequilibrios de poder a favor de las personas no indígenas. Los jóvenes indígenas también pueden acudir a las personas mayores en busca de información en aquellas culturas en las que estas juegan un papel particularmente importante. Los programas también deben ofrecer a los miembros de la comunidad capacitación de modo que ellos mismos puedan impartir la educación, o bien capacitar a jóvenes de modo que estos puedan impartir talleres y pedirles su ayuda.

Lineamientos y otros documentos clave

- *Routine Practices at Indigenous Healing Ceremonies* (Spruce Woods Sundance Family, 2017)
- *Promoting Equality, Recognizing Diversity: Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples in Latin America* (UNFPA, 2010)
- *Safe and Caring Schools for Two Spirit Youth: A Guide for Teachers and Students* (Society for Safe and Caring Schools & Communities, 2011)
- *A Community of Practice Approach for Aboriginal Girls' Sexual Health Education* (Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006)
- *HIV/STD Prevention Guidelines for Native American Communities: American Indians, Alaska Natives, & Native Hawaiians* (National Native American AIDS Prevention Center, 2004)
- *Indigenizing Harm Reduction* (Native Youth Sexual Health Network, sin fecha)
- *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (*Naciones Unidas, 2007)

3.5 Personas jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, y hombres jóvenes que tienen sexo con hombres

Esta sección de las Orientaciones aborda a las niñas y niños y jóvenes lesbianas, gays y bisexuales de manera separada de los niños y jóvenes transgénero y los niños y jóvenes intersexuales. Esta perspectiva reconoce que la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales físicas son partes distintas de la identidad de una persona, y que cada grupo tiene necesidades específicas.

Es por ello que en estas Orientaciones se usa la sigla "LGBQ+", en lugar de la sigla "LGBTQ+", que es más común. El término LGBQ+ se refiere únicamente a orientaciones sexuales (no heterosexuales). Aun cuando la letra "Q" (que se refiere al término "queer") forma parte de la sigla, estas Orientaciones evitan referirse a la misma de manera separada de la sigla, ya que su uso no es común en todos los países.

En algunos contextos, es posible que las personas intersexuales no quieran ser consideradas como parte de aquello que se conoce como la comunidad LGBTQ+, ya que eso puede ponerles en peligro. Es importante tomar en cuenta que las niñas, niños y jóvenes con características intersexuales pueden identificarse con una variedad de orientaciones sexuales e identidades de género, y las recomendaciones pertinentes de las secciones que aparecen más adelante se aplican a ellos. Sin embargo, a estas comunidades a menudo se les considera como un solo grupo en la terminología LGBTQ+, tomando en consideración que unen esfuerzos para abogar por sus derechos, ya que todas ellas pueden experimentar situaciones de opresión social, estigma y discriminación similares. A pesar de tener diferentes necesidades relacionadas con la educación en sexualidad, trabajar juntos les permite a estos grupos aprender y entenderse mejor entre ellos.

La orientación sexual se refiere al género de las personas hacia las cuales una persona se siente atraída romántica y/o sexualmente.

- Las personas **heterosexuales** se sienten principal o completamente atraídas a personas cuyo sexo o género es diferente al suyo.
- Las personas **homosexuales (varones gays y lesbianas)** se sienten principal o completamente atraídas a personas cuyo sexo o género es igual al suyo.
- Las personas **bisexuales** se sienten atraídas a personas de su mismo sexo o género, o uno diferente.
- Las personas **pansexuales** se sienten atraídas a todo tipo de identidades de género (masculina, femenina, transgénero, etc.).
- Las personas **asexuales** no se sienten atraídas sexualmente a otras personas, o tienen poco o ningún interés en, o deseo de, tener actividad sexual.

La orientación sexual debe ser vista como un continuo. La orientación de una persona no necesariamente es fija y puede cambiar a lo largo de su vida. Algunas personas prefieren no usar etiquetas que los asocien con una categoría particular. La orientación sexual (los sentimientos de atracción de una persona) es distinta de la identidad sexual (la forma en la que una persona se define a sí misma) y del comportamiento sexual (lo que en realidad hacen). Por ejemplo, el término "hombres que tienen relaciones sexuales con hombres" se usa para describir a todos los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, independientemente de si también tienen relaciones sexuales con mujeres o se identifican como gays, bisexuales o heterosexuales. Los entornos y las situaciones sociales (por ejemplo, los albergues, centros de detención y correccionales para menores) también pueden influir en la elección de un compañero o compañera sexual. Por estas y otras razones (incluyendo el temor de revelar su propia orientación) se desconoce el número de niñas, niños y jóvenes que son LGBQ+ en el mundo. Las estimaciones varían de manera considerable y son objeto de amplios debates.

Si bien es cierto que algunas niñas y niños LGBQ+ son conscientes de su orientación sexual desde una edad temprana, muchos la descubren al momento de comenzar a experimentar atracciones románticas y sexuales durante la adolescencia. En aquellas culturas que estigmatizan o condenan las atracciones hacia el mismo sexo, este descubrimiento a menudo se traduce en una mezcla de confusión, vergüenza, miedo, autoestigma u odio a sí mismo, pero al mismo tiempo es común que no cuenten con alguien a quien acudir para obtener apoyo o ayuda.

Es común que a las personas LGBQ+ se les nieguen sus derechos a la dignidad, igualdad y no discriminación, seguridad, salud, educación y empleo, lo mismo que sus derechos a vivir libres de tortura, un trato cruel, inhumano o degradante y detención arbitraria. Las leyes que discriminan a las personas LGBQ+ son comunes, e incluyen prohibiciones en contra de las relaciones homosexuales, el matrimonio entre personas del mismo sexo y el derecho a crear organizaciones LGBQ+. Aquellas personas que viven en sociedades, culturas, tradiciones y religiones que no las aceptan enfrentan situaciones de estigma y discriminación, graves violaciones a sus derechos, y a menudo violencia grave, incluyendo violaciones y asesinatos.

Dada la hostilidad que enfrentan, las personas LGBQ+, incluyendo niñas, niños y jóvenes, pueden sentir que tienen que ocultar su identidad. En algunas culturas, los jóvenes LGBQ+ pueden establecer relaciones con personas del sexo opuesto con el fin de evitar el estigma y la discriminación o la violencia por parte sus familias o comunidades, o bien para tener hijos, o sus familias pueden obligarles a casarse. En caso de llegarse a conocer su comportamiento u orientación sexual, pueden enfrentar el rechazo de sus familias, comunidades y religiones. Pueden ser expulsados de su hogar por sus familias, faltar a clases o abandonar sus estudios por completo como resultado de actos de acoso u hostigamiento por parte tanto de maestros como de otros estudiantes, o perder su trabajo.

La criminalización de las conductas sexuales entre personas del mismo sexo y la discriminación por parte de los prestadores de servicios de salud son barreras al acceso de los jóvenes LGBQ+ a servicios de salud que se traducen en resultados de salud más deficientes. Estos resultados incluyen una tasa de infección por VIH mucho más elevada entre aquellos varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones que entre la población en general (UNFPA et al., 2015; Keifer y Arshad, 2016). Diversos estudios han encontrado que en algunos países las jóvenes LBQ+ tienen mayores probabilidades de experimentar un embarazo que las mujeres heterosexuales en el mismo rango de edad (Lindley y Walsemann, 2015; Hodson et al., 2017). El aislamiento, el rechazo y la violencia continua que las niñas, niños y jóvenes LGBQ+ experimentan significan que los índices de suicidio e intento de suicidio son mucho más elevados entre ellos que entre las personas jóvenes en general (Haas et al., 2011).

Planeación y desarrollo del programa

- **Consulte con grupos locales o nacionales de personas LGBQ+, en caso de existir, para obtener su opinión acerca del programa y las maneras más apropiadas de llegar e involucrar a las niñas, niños y jóvenes LGBQ+:** En todos los países existen activistas reconocidos.[9] En el caso de la EIS centrada específicamente en los jóvenes gays y otros varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones, se puede contactar a sus redes de trabajo para la prevención del VIH.
- **Proporcione EIS a personas de todas las identidades LGBQ+:** Esta no debería limitarse a aquellas personas que se considera que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH, es decir, los varones gays y bisexuales y otros varones que tienen relaciones sexuales con varones
- **Tome en cuenta la situación legal de las personas LGBQ+:** Muchos países criminalizan las conductas sexuales entre personas del mismo sexo. Las decisiones acerca de los contenidos curriculares, la edad de los participantes, y en dónde y cómo se impartirá la EIS, deberán tomar en cuenta la situación local, y los programas deberán planearse teniendo en mente, ante todo, la seguridad de los participantes
- **Es importante entender y adaptarse a la cultura, los valores y los sistemas de creencias del grupo al que está dirigido el programa:** Identifique o adapte soluciones o estrategias que permitan que el programa sea coherente con las culturas sexuales de los jóvenes LGBQ+, en lugar de tratar de imponerles medidas de salud pública que no sean compatibles con esa cultura sexual.
- **Es importante diseñar los programas de modo que reflejen el hecho de que las niñas, niños y jóvenes LGBQ+ y los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones no son grupos homogéneos:** Las diferentes identidades existentes entre los jóvenes LGBQ+ tendrán necesidades e intereses tanto comunes como divergentes y, por ello, es probable que quieran tener sus propios programas. De manera particular, como resultado de los efectos de la desigualdad de género, los desarrolladores de programas deberán discutir con las jóvenes lesbianas y bisexuales si quieren un programa que aborde sus necesidades por separado de los varones gays. En caso de desarrollarse programas por separado, estos deberán estar abiertos a aquellos jóvenes de género no binario o género no conforme y permitirles decidir el más apropiado para ellos. Adicionalmente, existen muchas identidades diferentes en cada uno de estos grupos, que pueden variar por país. Los programas deben reconocer las diferentes identidades en el grupo y abordar sus necesidades diversas.
- **Considere la posibilidad de tener sesiones conjuntas para fortalecer el empoderamiento:** Como las niñas, niños y jóvenes LGBQ+ enfrentan experiencias similares de exclusión, estigma y discriminación, llevar a cabo algunas sesiones conjuntas puede fomentar un sentido de comunidad y promover esfuerzos de abogacía conjuntos.
- **Haga una selección de los servicios de derivación disponibles para asegurarse de que sean respetuosos de las niñas, niños y jóvenes LGBQ+:** En todos aquellos casos en los que sea posible, es particularmente importante vincular la EIS con programas o profesionales de la salud en general y de la salud mental amigables a la comunidad LGBQ+. En caso de no existir servicios de derivación disponibles, los desarrolladores del programa deberán sumar esfuerzos de abogacía para incidir en los gobiernos de modo que ofrezcan esos servicios, además de sensibilizar a los prestadores de servicios.
- **Considere la posibilidad de implementar acciones de extensión en línea:** En aquellos casos en los que las personas a las que el programa está tratando de llegar tengan acceso a Internet, contar con recursos de extensión en línea puede ser un complemento importante al uso de pares para las actividades de extensión, ya que los pares únicamente pueden llegar a un número limitado de personas, por lo general aquellas en su propia red (UNFPA et al., 2015). Lo anterior puede ser particularmente cierto para aquellos hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, ya que en un número cada vez mayor de países pueden buscar parejas en línea (UNFPA et al., 2015).

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Use un enfoque con reconocimiento de la experiencia traumática:** Si la experiencia de ser LGBQ+ se traduce en una experiencia traumática en el lugar en el que se está implementando el programa, deberá usarse una EIS con reconocimiento de la experiencia traumática (ver p.14).
- **Dé a los participantes suficientes oportunidades para hablar:** Un enfoque basado en discusiones que permita a los participantes hablar acerca de la experiencia de ser LGBQ+ con otras personas que también sean LGBQ+ ayudará a aliviar el aislamiento experimentado por muchos de ellos.
- **Base la información en hechos y sea claro:** Los programas deben desenmascarar mitos y corregir información errónea acerca de ser LGBQ+.

Ejecución del programa

- **Reclute a facilitadores con identidades diversas:** Si el principal facilitador no es miembro de la comunidad LGBQ+, se recomienda ampliamente contar con un cofacilitador que sí lo sea. Invite a participar en el programa a una amplia variedad de personas LGBQ+ representativas de las diferentes identidades de los participantes para que hablen de sus experiencias.
- **En caso de usar tecnología, tome precauciones para proteger a los participantes:** Las plataformas deben ser lo suficientemente discretas como para que los participantes no puedan ser identificados. Los desarrolladores de los programas deberán discutir con los participantes las formas más seguras de contactarlos, con qué frecuencia enviarles notificaciones, y las opciones de privacidad a su disposición. Asegúrese de que los participantes puedan activar o desactivar las opciones de identificación y notificaciones. Es posible que no deseen registrarse usando sus direcciones de correo electrónico personales.

[9] Es posible consultar una lista de organizaciones en el sitio Wikipedia (https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_LGBT_rights_organizations) . También puede contactar a OutRight International (https://www.outrightinternational.org/about-us) o a la Asociación Internacional de Gays, Lesbianas, Bisexuales, Trans e Intersexuales (ILGA) (https://ilga.org/about-us/contacts).

- **Tenga cuidado con el uso de materiales impresos sobre temas LGBQ+:** Conservar esos materiales fuera del entorno de aprendizaje puede resultar peligroso para los participantes.

Currículos y documentos clave

- *Being Out, Staying Safe: An STD Prevention Curriculum for Lesbian, Gay, Bisexual and Queer Teens* (New Jersey Department of Health and Senior Services, sin fecha)
- *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNPFA, 2015)
- *HIV and Young Men who Have Sex with Men: Technical Brief* (WHO, 2015)
- *Faith Leaders and the LGBT Community Toolkit: Promoting Safe and Welcoming Faith Organizations for All God's Children* (Sonke Gender Justice Network, 2017)
- *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth in the Global South: The Facts* (Advocates for Youth, 2016)
- *Out With it: HIV and Other Sexual Health Considerations for Young Men Who Have Sex with Men* (MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, 2018)
- *Compassion-centred Islam network* (sitio web)

3.6 Niños, niñas, adolescentes y jóvenes transgénero

La comprensión de una persona acerca de su identidad de género se va dando con el tiempo, con base en la interrelación de los tres elementos siguientes:

- **su cuerpo físico**, que es la base sobre la cual las sociedades casi siempre asignan el sexo y, por lo tanto, el género al momento del nacimiento, y que más adelante determina la forma en la que otras personas interactúan con ella.
- **su identidad de género**, que se refiere al sentido de sí mismo experimentado por la persona a un nivel profundo como varón, mujer, una mezcla de ambos, o ninguno los dos, y que puede corresponder o no con el sexo que le fue asignado al momento de su nacimiento.
- **su expresión de género**, que se refiere a la forma en la que presenta su género a otros a través de características externas como su apariencia, vestimenta, arreglo personal, estilo, manerismos, discurso, intereses y comportamiento, que socialmente pueden definirse como masculinos, femeninos o neutrales.

La forma en la que una persona experimenta su género asignado está relacionada con la medida en la que estos tres aspectos coinciden.

- La identidad y/o expresión de género de una persona **transgénero** es diferente de su sexo legal o asignado; por lo tanto, a menudo cuestionará su identidad legal o de género y es probable que quiera cambiarla.
- La identidad de género de una persona **cisgénero** es la misma que su sexo asignado, de modo que es menos probable que la cuestione.
- Una persona con una identidad de género **no binaria** no se identifica estrictamente como varón o mujer.
- Las personas **agénero** no se identifican con ningún género.
- Las personas de **género no conforme** no siguen las convenciones sociales relacionadas con la expresión e identidad de género para su sexo asignado.

> En estas Orientaciones, la palabra "transgénero" se usa (salvo indicación en contrario) como un término colectivo para referirse a todas las personas que no son cisgénero, es decir, cualquier persona cuya identidad de género y/o expresión de género difiere de aquella típicamente asociada con el sexo que le fue asignado al momento del nacimiento.

No existen datos precisos disponibles acerca del tamaño de las poblaciones transgénero en el mundo y, por lo tanto, acerca del número de jóvenes transgénero.

Las niñas y niños y personas jóvenes transgénero a menudo tienen acceso limitado a la información, los mensajes y los modelos a seguir que necesitan para comprender y afirmar su identidad. Sus padres, sus maestros, los prestadores de servicios de salud y sus comunidades en general a menudo carecen de información y una comprensión acerca de lo que están experimentando, especialmente durante la pubertad. Mientras que los adolescentes transgénero que reciben una atención de la salud dirigida a la afirmación de género pueden tener resultados positivos (De Vries et al. 2014), aquellos que viven en países de rentas media y baja tienen pocas probabilidades de tener acceso a prestadores de servicios de salud con los conocimientos especializados pertinentes o a intervenciones biomédicas tales como bloqueadores hormonales y terapia hormonal. La edad legal de consentimiento para tener acceso a servicios de salud a menudo plantea otro obstáculo para aquellos que no son abiertos con sus padres acerca de ser transgénero, pero que buscan acceso a hormonas o procedimientos quirúrgicos, ya que no pueden tener acceso a servicios de salud sin la intervención de sus padres mientras no tengan la edad necesaria para hacerlo legalmente, que en muchos países es a los 18 años.

En respuesta a la sensación de inseguridad, lo mismo que de falta de aceptación, los jóvenes transgénero a menudo abandonan sus estudios, dejan el hogar o son expulsados del mismo. Más adelante pueden enfrentar situaciones de discriminación laboral que pueden conducir al subempleo o el desempleo y la pobreza. Muchos pueden verse expuestos a situaciones de violencia o involucrarse en situaciones y comportamientos que ponen en riesgo su salud, tales como comenzar a vender servicios sexuales en situaciones en las que no pueden negociar el uso del condón (Operario et al., 2008); o usar hormonas obtenidas de manera informal (por ejemplo, adquiridas en la calle), una situación que puede llevarlos a compartir agujas contaminadas, y/o al consumo de drogas (UNDP et al, 2016).

Independientemente de su estatus socioeconómico, los jóvenes transgénero pueden experimentar consecuencias graves para su salud y bienestar como resultado de la combinación de factores como la marginación social y económica sistémica, el estigma, la discriminación, la violencia y la falta de acceso a una atención de la salud con afirmación de género (United Nations, 2011; Reisner et al., 2016). En consecuencia, registran índices de depresión, ansiedad, trauma, intentos de suicidio, autolesiones intencionales, VIH e infecciones de transmisión

sexual mucho más elevados que aquellos de la población en general, lo mismo que de consumo y uso excesivo de drogas (Clements-Nolle et al., 2001; Health Policy Project et al., 2015; Reisner et al., 2016; Winter et al., 2016).

Dada la ausencia de literatura extensa publicada acerca de las necesidades de EIS de las niñas, niños y jóvenes transgénero, la mayoría de las recomendaciones incluidas en esta sección se basan en entrevistas con organizaciones transgénero y miembros representativos de esa comunidad.

Planeación y desarrollo del programa

- **Consulte con grupos locales o nacionales de personas transgénero, incluyendo a niños y jóvenes:** En caso de existir, estos grupos pueden ofrecer opiniones valiosas acerca del programa y las maneras más apropiadas de llegar a los niños y los jóvenes transgénero.[10]
- **Busque un equilibrio entre la necesidad de publicidad y garantizar la seguridad y confidencialidad del personal y los participantes del programa:** En lugar de anunciar la ubicación y los horarios de las sesiones públicamente, tal vez resulte más seguro ofrecer la información de contacto del programa, lo cual permitirá hacer una selección de los participantes potenciales.
- **Es importante entender las diferentes identidades de género y las necesidades de los jóvenes transgénero que participan en el programa:** Por ejemplo, los varones y mujeres trans a menudo tienen necesidades y circunstancias bastante diferentes, de modo que es probable que algunos programas o partes de los programas tengan que abordarlos por separado.
- **Asegúrese de que el lenguaje usado en relación con el programa sea claro:** El lenguaje debe ser inclusivo de todos los participantes; por ello, los diseñadores del programa deberán averiguar cuál es la terminología usada por la comunidad o sus integrantes y utilizarla.
- **Elabore una lista de servicios de derivación recomendados para asegurarse de que sean respetuosos con los jóvenes transgénero:** En todos aquellos casos en los que sea posible, es particularmente importante vincular la EIS con todos los servicios que necesitan, incluyendo programas o profesionales en el campo de la salud en general y la salud mental amigables a las personas trans. En caso de no existir servicios de derivación disponibles, los desarrolladores del programa deberán sumar esfuerzos de abogacía para incidir en los gobiernos de modo que ofrezcan esos servicios, además de sensibilizar a los prestadores de servicios.
- **Diseñe un sistema seguro con un alto nivel de confidencialidad:** Proteja cualquier información personal de los participantes en contra de cualquier acceso por parte de personas, grupos u organizaciones hostiles a las personas transgénero.
- **Si se está adaptando un currículo ya existente, sea meticuloso y deliberado en el proceso:** Para ello se requiere algo más que sencillamente adaptar el lenguaje para hacerlo más incluyente o cambiar todos los nombres de modo que sean imparciales en materia de género.
- **De ser posible y en caso de resultar apropiado, haga uso de la tecnología y las redes sociales:** Algunas personas jóvenes transgénero ya usan la tecnología y sitios web como YouTube para obtener información acerca de ser transgénero, realizar una transición, etc. Por ello, la tecnología y las redes sociales pueden ser una manera efectiva para llegar a ellos o transmitirles enseñanzas dentro del programa mismo.
- **De ser posible, sensibilice a los padres acerca de la identidad de género:** Hable con ellos acerca del apoyo que sus hijos necesitan para promover en ellos un sentido positivo de sí mismos, desarrollar su autoestima y evitar una variedad de consecuencias para su salud.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Use un enfoque con reconocimiento de la experiencia traumática:** Muchos jóvenes transgénero están traumatizados por sus experiencias repetidas de estigma y discriminación o por la violencia que han experimentado. (Para mayor información, ver p.14).
- **Al hablar acerca de la anatomía sexual y reproductiva, los diagramas deberán contener descripciones incluyentes:** Los diagramas no deberán identificarse como masculinos o femeninos, y las partes del cuerpo no deberán asignarse a un solo género. La enseñanza de la anatomía se puede abordar preguntando a los participantes qué palabras usan para cada parte, permitiendo una variedad de términos.
- **Dé a los participantes suficientes oportunidades para hablar:** Un enfoque basado en discusiones que permita a los participantes hablar acerca de la experiencia de ser transgénero con otras personas que también sean transgénero ayudará a aliviar el aislamiento experimentado por muchos de ellos.
- **Ofrezca apoyo en materia de salud mental:** De ser posible, los programas deberán contar con consejeros de salud mental amigables a la comunidad transgénero disponibles durante y después de las sesiones, además de ofrecer derivaciones a profesionales de la salud mental amigables a la comunidad transgénero. De no ser posible lo anterior, los facilitadores deberán estar atentos a estas problemáticas y ofrecer apoyo a cualquier persona que parezca requerir ayuda.
- **Desenmascare mitos e información falsa:** Aborde de manera directa la información falsa y los conceptos erróneos acerca de las personas transgénero más comunes en la comunidad en la que se imparte el programa.

Ejecución del programa

- **Siempre que sea posible, los facilitadores deberán ser miembros de la comunidad transgénero:** Idealmente, por lo menos un facilitador deberá identificarse con el grupo que está recibiendo la educación. Si el principal facilitador no es una persona transgénero, o si el programa está dirigido a más de una identidad, contar con un cofacilitador transgénero será de gran utilidad. En caso de contar con dos facilitadores, puede resultar benéfico que tengan identidades de género diferentes. También puede resultar poderoso contar con una persona que sea cisgénero y aliada como facilitadora, siempre y cuando esa persona esté bien capacitada y conozca bien los temas.
- **Use los pronombres de género preferidos por los participantes:** Los facilitadores deberán presentarse con sus nombres y los pronombres de género de su preferencia (por ejemplo, ella, él, ellos, ellas), y luego pedir a los participantes que hagan lo mismo. De esta

[10] Es posible consultar una lista de organizaciones en: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_transgender-rights_organizations y https://en.wikipedia.org/ wiki/List_of_LGBT_rights_organizations.

manera, los participantes tendrán la oportunidad de compartir sus pronombres si así lo desean. No deberá exigirse a ninguna persona compartir pronombres o cualquier otra información personal si no desea hacerlo.

- **Considere la posibilidad de complementar y/o vincular la educación individualizada con intervenciones en la comunidad:** Estas intervenciones deberán buscar educar a la comunidad en su conjunto y abordar el estigma, la discriminación y la violencia contra las personas transgénero. Esto puede no solo generar un mayor nivel de interés y aceptación por parte de la comunidad, sino también ofrecer múltiples puntos de entrada al programa para los jóvenes transgénero.

Currículos y documentos clave

- *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNDP, 2016)
- *HIV and Young Transgender People: Technical Brief* (WHO, 2015)
- *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities in Asia and the Pacific* (Futures Group, Health Policy Project, 2015)
- *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries* (John Snow, Inc, 2014)
- *A Guide to Supporting Trans Children and Young People* (Action for Children, 2016)
- *Transgender Health* (Lancet, 2016)
- *Los Principios de Yogyakarta: Sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género* (2007) y *Yogyakarta Principles plus 10* (2017)
- *APTN Fact Sheets: Being Trans in Asia and the Pacific* (Asia Pacific Trans Network, 2016)
- *Normas de Atención para la Salud de las Personas Trans y con Variabilidad de Género, 7.ª versión* (Asociación Mundial para la Salud Transgénero, 2012)
- *Dr. Rad's Queer Health Show – Self Exams and Checkups* (RAD Remedy, sin fecha)
- *Mermaids* (sitio web)
- *Gender Spectrum* (sitio web)
- *Transcending Anatomy #1: A Guide to Bodies and Sexuality for Partners of Trans People* (Anarchist Zine Library, sin fecha)

3.7 Jóvenes intersexuales

Las personas intersexuales tienen características sexuales biológicas que no coinciden con los conceptos binarios típicos de un cuerpo masculino o femenino. Pueden tener diferencias en sus patrones cromosómicos, sus gónadas (por lo general los testículos o los ovarios) y/o sus órganos sexuales y reproductivos como resultado de variaciones en su proceso de desarrollo sexual prenatal. No se trata de patologías o enfermedades, sino sencillamente de variaciones naturales en el cuerpo humano. Ser intersexual únicamente tiene que ver con características sexuales biológicas; es diferente de la orientación sexual o la identidad de género de una persona. Por lo tanto, una persona intersexual puede identificar su género como mujer, hombre, ambos o ninguno de ellos, y su orientación sexual puede ser heterosexual, gay, lesbiana, bisexual, asexual u otra.

Las variaciones intersexuales son más comunes de lo que se cree, porque las personas intersexuales y sus necesidades y características únicas a menudo no son reconocidas por otras personas. Una revisión de la literatura médica de 1955 al 2000, que incluyó estudios acerca de la frecuencia de las características intersexuales, concluyó que estas se presentan en alrededor del 1.7% de los nacidos vivos (Blackless et al., 2000), aunque esto depende de qué características se incluyan como intersexuales.

Aunque la mayoría de las variaciones no provocan problemas de salud que pongan en riesgo la vida, existe un largo historial de intervenciones médicas en bebés y niños intersexuales. Estos procedimientos, que a menudo son irreversibles, pueden ser motivados por una percepción debatible de que una "corrección" temprana permitirá que la persona se desarrolle como un varón o una mujer "normal". A menudo se aconseja a los padres no decirles a sus hijos que son intersexuales y mentirles acerca de por qué necesitan esa cirugía. Esto puede llevar a las niñas y niños intersexuales a experimentar sentimientos de confusión, aislamiento y vergüenza. En aquellos casos en los que dichos procedimientos son medicamente innecesarios, violan los derechos humanos de los bebés y los niños intersexuales, toda vez que no pueden otorgar su consentimiento libre e informado Los organismos de derechos humanos han indicado que el consentimiento pleno, libre e informado de la persona en cuestión es una condición necesaria para la realización de procedimientos irreversibles en personas intersexuales (WHO, 2014) y, de ser posible, cualquiera de esos procedimientos deberá postergarse hasta que la niña o el niño tenga la madurez suficiente para participar en el proceso de toma de decisiones y tomar una decisión informada (European Commission Directorate-General for Justice, 2012; Deutscher Ethikrat, 2012).

Es probable que los niños se enteren de que son intersexuales durante la adolescencia temprana, en caso de no experimentar la pubertad (por ejemplo, el inicio de la menstruación o el crecimiento del vello corporal, o el desarrollo de los senos o la masa muscular) como esperaban. Cuando una niña, niño o joven descubre que es intersexual, puede cuestionar su género o pensar en él de nuevas maneras. Aquellas personas que descubren que se les asignó el sexo equivocado en el papel y por medio de una cirugía, pueden decidir llevar a cabo una transición a otro género.

La biología de una persona intersexual y cualquier procedimiento anterior al que se le haya sometido puede afectar o no afectar su vida sexual.

Algunas diferencias físicas pueden hacer que las relaciones sexuales vaginales les resulten difíciles por la falta de dilatación, o sencillamente imposibles. Las cirugías genitales pueden afectar su respuesta sexual o hacer que el sexo evoque recuerdos del trauma provocado por las cirugías. Descubrir que no son la única persona con esa característica intersexual, encontrar grupos de apoyo y entrar en contacto con otras personas intersexuales es importante y terapéutico.

Dada la ausencia de literatura extensa publicada acerca de las necesidades de EIS de las niñas, niños y jóvenes intersexuales, las recomendaciones incluidas en esta sección se basan en entrevistas con organizaciones intersexuales y miembros representativos de esa comunidad.

Planeación y desarrollo del programa

- **Involucre a la comunidad intersexual local o regional en el desarrollo y la ejecución del programa:** En caso de no ser posible, es fundamental incluir en el proceso de desarrollo a una o más personas intersexuales.[11]
- **Identifique la terminología apropiada:** Algunos idiomas pueden carecer de palabras para referirse al término intersexual o pueden usar el mismo término para intersexual y transgénero. Los desarrolladores de programas deberán identificar los términos preferidos junto con la comunidad.
- **Es importante entender cómo es que las variaciones intersexuales son percibidas en las culturas de los lugares de implementación del programa:** En algunas culturas, las personas intersexuales son vistas como algo especial o como un tercer sexo, o pueden existir deidades que sean intersexuales, mientras que en otras culturas pueden ser estigmatizadas. En algunos países la comunidad intersexual puede optar por distinguirse de las comunidades y las personas LGBTQ+, por una variedad de razones.
- **Reconozca y esté preparado para manejar la diversidad de jóvenes con características intersexuales:** Aparte de la variedad de características intersexuales, las niñas, niños y jóvenes intersexuales tendrán diferentes niveles de conocimiento acerca de su variación, y diferentes niveles de aceptación y comprensión de la misma. También tendrán una amplia variedad de experiencias relacionadas con ser intersexual, por ejemplo, algunos pueden haber tenido múltiples cirugías, mientras que otros pueden no haber tenido ninguna.
- **Considere cómo identificar a los participantes potenciales y llegar a ellos:** Al realizar actividades de extensión o con medios de comunicación, siempre proporcione información de contacto, como una dirección de correo electrónico, un número telefónico o un sitio web, de modo que las personas interesadas puedan entrar en contacto con el programa. También pueden existir grupos de apoyo para variaciones específicas, en donde los jóvenes intersexuales puedan conocer a otros jóvenes como ellos. Es importante usar una variedad de términos, no solo "intersexual", sino también "personas con variaciones de características sexuales" y "diferencias de desarrollo sexual", además de otros términos con los que las personas locales se identifiquen, de modo que todas las personas se puedan identificar con el programa.
- **Busque un equilibrio entre la necesidad de publicidad y garantizar la seguridad y la confidencialidad del personal y los participantes del programa:** El riesgo de acoso y otros tipos de violencia en contra de los jóvenes intersexuales dependerá del entorno. En lugar de anunciar la ubicación y los horarios de las sesiones públicamente, tal vez resulte más seguro ofrecer información de contacto para el programa, lo cual permitirá hacer una selección de los participantes potenciales.
- **Diseñe un sistema seguro con un alto nivel de confidencialidad:** Proteja cualquier información personal de los participantes en contra de cualquier acceso por parte de personas, grupos u organizaciones hostiles a las personas intersexuales.
- **Elabore una lista de servicios de derivación recomendados para asegurarse de que sean respetuosos con los jóvenes intersexuales:** En todos aquellos casos en los que sea posible, es particularmente importante vincular la EIS con los servicios que necesitan, incluyendo programas o profesionales en el campo de la salud en general y la salud mental amigables a las personas intersexuales. En caso de no existir servicios de derivación disponibles, los desarrolladores del programa deberán sumar esfuerzos de abogacía para incidir en los gobiernos de modo que ofrezcan esos servicios, además de sensibilizar a los prestadores de servicios.
- **De ser posible, cree un espacio dedicado exclusivamente a las personas intersexuales:** Esto es importante para crear un sentido de comunidad y ofrecer seguridad y sanación: También ofrece privacidad, algo importante porque muchas personas intersexuales no quieren que otras personas se enteren de que son intersexuales.
- **Considere la posibilidad de incluir sesiones para padres:** Una de las razones para ello es que, en el caso de los padres, ayudarles a hacer frente a sus sentimientos acerca de las decisiones que tomaron en relación con las intervenciones médicas realizadas a su hijo o hija puede resultar de gran utilidad. Si los participantes lo desean, también se pueden programar sesiones junto con los padres.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Use un enfoque con reconocimiento de la experiencia traumática:** Las cirugías y el estigma que muchas personas intersexuales experimentan durante su infancia y adolescencia pueden resultar traumáticos para ellas, y los programas deben tomar eso en consideración. (Para mayor información, ver p.14).
- **Al hablar acerca de la anatomía sexual y reproductiva, los diagramas deberán contener descripciones incluyentes:** Los diagramas no deberán identificarse como masculinos o femeninos, y las partes del cuerpo no deberán asignarse a un solo género. La enseñanza de la anatomía también se puede abordar preguntando a los participantes qué palabras usan para cada parte, permitiendo una variedad de términos.
- **Use métodos que alienten a los niños y jóvenes a expresar qué es lo que piensan que saben acerca de las variaciones intersexuales:** Pídales que compartan lo que han aprendido y sus fuentes de información, o use juegos o cuestionarios con preguntas tipo verdadero/falso. Esto le permitirá al facilitador identificar y corregir cualquier información o conceptos erróneos en particular que los participantes puedan tener.

[11] Es posible consultar una lista de organizaciones en el sitio web de InterACT (https://interactadvocates.org/resources/intersex-organizations/) y el sitio de Inter-sex Day (https://intersexday.org/en/links/).

Ejecución del programa

- **Use los pronombres de género preferidos por los participantes:** Los facilitadores deberán presentarse con sus nombres y los pronombres de género de su preferencia (por ejemplo, ella, él, ellos, ellas), y luego pedir a los participantes que hagan lo mismo. De esta manera, los participantes tendrán la oportunidad de compartir sus pronombres si así lo desean. No deberá exigirse a ninguna persona compartir pronombres o cualquier otra información personal si no desea hacerlo.
- **De ser posible, considere el uso de la tecnología para llegar a un mayor número de personas:** Como las personas intersexuales representan una proporción relativamente pequeña de la población y a menudo no están dispuestas a identificarse a sí mismas de manera grupal, es probable que aprecien el tener acceso a componentes de EIS adicionales ofrecidos a través de videos en línea, videoconferencias o seminarios web con una porción interactiva. Sin embargo, es importante que el programa cuente con un componente presencial.

Currículos y documentos clave

- *InterACT (Advocates for Intersex Youth)* (sitio web)
- *Ficha de Datos: Intersex* (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos)
- *Intersex on vk.com* (videos)
- *dsdteens* (sitio web)
- *How Sex Development Works* (sitio web)
- *Supporting Your Intersex Child: A Parents' Toolkit* (Organisation Intersex International Europe, 2018)
- *Full Frontal Activism: Intersex and Awesome* (sitio web)
- *Brief Guidelines for Intersex Allies* (Organisation Intersex International United States, 2012)
- *Defining: Intersex* (sitio web)
- *9 Ways Intersex Youth Want You to Support Them* (Everyday Feminism, 2015)
- *What Does It Mean to Be Young and Intersex Today?* (Dazed Digital, 2016)

3.8 Jóvenes que viven con el VIH

Se ha estimado que, en 2019, existían en el mundo 1.7 millones de adolescentes que vivían con el VIH y se registraron aproximadamente 170,000 nuevas infecciones por el VIH entre adolescentes de 10 a 19 años de edad (UNAIDS, 2019). En total existen alrededor de 3.4 millones de jóvenes de entre 15 y 25 años de edad que viven con el VIH, y más del 28% de todas las nuevas infecciones tienen lugar entre personas jóvenes (UNAIDS, 2020).

La mayoría de los niños y los jóvenes que viven con el VIH lo adquieren de dos formas, ya sea perinatalmente o a través de la lactancia (en aproximadamente el 70% de los casos), o más adelante, como resultado de relaciones sexuales sin protección, actos de abuso sexual, violación, compartir jeringas para la inyección de drogas, transfusiones con sangre contaminada o pinchazos de aguja. Si bien es cierto que los niños y los jóvenes que adquieren el VIH de cualquiera de estas formas comparten algunas similitudes, muchas de sus experiencias y necesidades son distintas (UNAIDS, 2016a; STOPAIDS et al., 2016).

Más allá de la infección perinatal, los niños y los jóvenes que adquieren el VIH, de manera particular durante la adolescencia, con gran frecuencia lo adquieren a través de relaciones sexuales sin protección. Las razones de lo anterior incluyen el amplio desconocimiento acerca de la prevención del VIH, la baja percepción de riesgo asociada con el VIH, el bajo nivel de uso del condón, el tener múltiples parejas sexuales, el ser víctima de violación o ser coaccionado a tener relaciones sexuales sin protección, y el inicio temprano de la actividad sexual (WHO et al., 2015a, WHO et al., 2015b). Una causa frecuente de transmisión del VIH es el compartir jeringas para la inyección de drogas, por razones que a menudo incluyen la falta de materiales estériles para inyectarse de manera segura (WHO et al., 2015b).

Aquellos niños y jóvenes que pertenecen a poblaciones clave varones gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores o trabajadoras sexuales, personas transgénero, personas que se inyectan drogas, y personas privadas de su libertad o encarceladas– son particularmente vulnerables a la transmisión del VIH como resultado de la discriminación, el estigma y la violencia extendidos que enfrentan, además de vulnerabilidades específicas asociadas con el hecho de ser joven (WHO et al., 2015a, WHO et al., 2015vb). Adicionalmente, si son menores de edad es probable que no estén cubiertos por los programas gubernamentales dirigidos a poblaciones clave, en caso de existir.

Ampliar el acceso a terapia antirretroviral ha permitido a muchas de esas personas que nacieron con el VIH vivir para convertirse en adolescentes y adultos jóvenes. Sin embargo, pueden experimentar trastornos del desarrollo asociados con deficiencias inmunológicas y retos de salud, tales como coinfecciones con tuberculosis (Bridges, 2011; Eison y Kim, 2018). También presentan índices más elevados de problemas de salud mental, la mayoría de las veces ansiedad y depresión, en parte como resultado del estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH, lo cual puede tener un impacto en su calidad de vida y su adherencia a medicamentos (UNICEF, 2016). Durante la adolescencia, a menudo experimentan emociones complejas relacionadas con el desarrollo de su sexualidad y sus opciones reproductivas, además de luchar con la toma de decisiones acerca de su actividad sexual y la revelación de su estatus serológico. (APN+, 2013).

Los niños y los jóvenes que viven con el VIH, al igual que todos los niños y jóvenes, necesitan educación y servicios (Bridges, 2011). Sin embargo, las leyes sobre la mayoría de edad para recibir atención de la salud a menudo impiden que los niños tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios de prevención, análisis y tratamiento del VIH, sin el consentimiento de sus padres. El estigma y la discriminación pueden contribuir a la reticencia de los niños y los jóvenes a recibir consejería sobre prácticas sexuales más seguras y someterse a pruebas de VIH, especialmente entre aquellos de poblaciones clave, para los cuales un diagnóstico tardío a menudo representa un problema. Los niños y los jóvenes pueden decidir dejar de tomar sus medicamentos contra el VIH por diversos motivos, en particular para evitar tener que revelar su estado a otras personas. Los problemas más comunes con el tratamiento incluyen la falta de servicios específicos para adolescentes y la falta de comprensión de las necesidades de los adolescentes que viven con el VIH entre los prestadores de servicios de salud. Otros factores son la distancia y el costo del transporte a la clínica, el miedo de que otras personas noten sus visitas clínicas, los largos tiempos de espera y las actitudes moralizantes hacia los adolescentes sexualmente activos. Muchas clínicas también carecen de protocolos y personal capacitado para ayudar a los adolescentes a efectuar su transición de los servicios pediátricos a servicios de VIH para adultos (IPPF European Network et al, 2017).

Planeación y desarrollo del programa

- **La EIS debe adecuarse a las necesidades de los niños y los jóvenes que viven con el VIH, y no centrarse solamente en la reducción de riesgos sexuales:** En algunos lugares puede ser recomendable desarrollar un paquete de EIS especializado dirigido a niños y jóvenes que viven con el VIH y pertenecen a poblaciones clave, ya que sus problemáticas son diferentes y más complejas, y el entorno legal y de políticas para ellos también es diferente.
- **Invite a personas clave a sumarse a las redes sociales y sistemas de apoyo de los participantes:** Los programas deben ayudar a los padres y tutores, líderes religiosos y prestadores de servicios de salud a entender las realidades, derechos y necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los niños y los jóvenes que viven con el VIH, y desarrollar sus habilidades para hablar con los niños y los jóvenes acerca de la vida con el VIH, la revelación de su seropositividad, su sexualidad y su salud sexual y reproductiva, (Stangl et al., 2015), y ayudarles a vivir vidas positivas.
- **Use estrategias de reclutamiento para asegurarse que los programas lleguen a aquellos que más lo necesitan:** Si la forma de reclutar a los participantes es a través de clínicas y centros de salud, únicamente se podrá llegar a niños y jóvenes que viven con el VIH que ya estén vinculados a servicios de atención. Es muy probable que esos participantes ya cuenten con mejores resultados de salud sexual y reproductiva que aquellos que no tienen acceso a servicios de atención, como es el caso de los grupos marginados y aquellos que no han iniciado o han abandonado el tratamiento (Pretorius et al., 2015). De ser posible, considere también la manera de llegar a jóvenes usuarios de Internet, que pueden ya estarse reuniendo en comunidades cerradas en redes sociales.
- **Complemente la EIS con fuentes de información sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva adicionales que puedan ser consultadas de manera discreta por Internet o en las áreas de espera de la clínica:** Estos recursos pueden incluir materiales multimedia, videos, folletos, apps para teléfonos inteligentes dirigidas a los jóvenes y líneas telefónicas de apoyo gratuito (Stangl et al., 2015).
- **Considere la posibilidad de incluir o no el término "personas que viven con el VIH" en el nombre del programa:** En algunos contextos, los niños y los jóvenes que viven con el VIH no quieren que otras personas sepan acerca de su estado.
- **Diseñe un sistema seguro con un alto nivel de confidencialidad:** Proteja cualquier información personal de los participantes en contra de cualquier acceso por parte de personas, grupos u organizaciones hostiles a las personas que viven con el VIH.
- **No dé por hecho que los niños y jóvenes que viven con el VIH ya se encuentran bien informados:** Es posible que no cuenten con muchos conocimientos y una buena comprensión acerca del VIH y la forma en la que evoluciona, lo que significa ser seropositivo, qué son los medicamentos antirretrovirales, sus efectos secundarios o qué es la adherencia. Esto puede suceder si los médicos únicamente se comunican con sus padres o tutores, que podrían no educar a sus hijos al respecto, o en caso de no adaptar la comunicación a los jóvenes mismos.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Ofrezca mentorías para adolescentes más jóvenes que viven con el VIH:** Estos adolescentes se pueden beneficiar del apoyo de personas jóvenes mayores que ellos que viven con el VIH y que cuentan con más experiencia en materia de sexualidad y relaciones.
- **Ofrezca modelos a seguir:** Invite a personas jóvenes que viven con el VIH y han aprendido a vivir con su condición, o que están en relaciones románticas saludables (incluyendo con parejas seronegativas), a hablar con los participantes (APN+, 2013).
- **Fortalezca sus habilidades de comunicación y para la toma de decisiones:** Ofrezca demostraciones y múltiples oportunidades para que los participantes practiquen cómo explicar el VIH, revelar su estado, responder preguntas y manejar reacciones.

Ejecución del programa

- **Cree un espacio seguro para todos los participantes:** Como resultado de las diversas identidades de los niños y los jóvenes que viven con el VIH, el simple hecho de reunirlos en un solo lugar no necesariamente significa que este será seguro para todos. En algunos contextos puede ser necesario impartir EIS para poblaciones clave que viven con el VIH –tales como hombres gays o mujeres transgénero– de manera separada de aquellos participantes provenientes de la población en general, que pueden discriminarlos o revelar su estado.
- **Sea sensible a las rutinas diarias de los participantes:** Implemente el programa de manera que este no interfiera con los horarios de comida y toma de medicamentos de los participantes y no altere otros aspectos de sus vidas sociales, incluyendo su participación en grupos de apoyo de pares que viven con el VIH.

Currículos y documentos clave

- *iCAN Package: A Comprehensive Life Skills Package Focusing on HIV, Sexuality, and Sexual & Reproductive Health for Young People Living with HIV (YPLHIV) and Their Circles of Care – Facilitator's Manual and Workbook* (SAfAIDS y UNFPA, 2016)
- *Adolescents Living with HIV: Developing and Strengthening Care and Support Services* (UNICEF, 2016)
- *Children's HIV Association (CHIVA)* (sitio web)
- *Lost in Transitions: Current Issues Faced by Adolescents Living with HIV in Asia Pacific* (APN+, 2013)
- *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV: A Guidance Package* (GNP+, 2009)
- *HIV and Adolescents: Guidance for HIV Testing and Counselling and Care for Adolescents Living with HIV* (WHO, 2013)
- *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector* (UNESCO, 2012)
- *Positive Health, Dignity and Prevention: Operational Guidelines* (GNP+ y UNAIDS, 2013)

3.9 Jóvenes que consumen drogas

Si bien es cierto que el tabaco y el alcohol son las drogas de mayor consumo y tienen consecuencias serias para la salud y el comportamiento sexual de los niños y los jóvenes, son las drogas ilegales –especialmente las inyectables– las que más atención han recibido desde el inicio de la epidemia del VIH. A pesar de que los datos a nivel mundial sobre el consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes son limitados, existen indicios de que el consumo de drogas es mucho más elevado entre los jóvenes que entre las personas de mayor edad. La mayor parte de la investigación sugiere que el periodo de los 12 a los 17 años es un periodo de riesgo crítico para la iniciación del consumo de sustancias, que puede alcanzar su nivel más alto alrededor de entre los 18 y los 25 años (UNODC, 2018).

El consumo de drogas entre los niños y los jóvenes varía de un país a otro y depende de las circunstancias sociales y económicas: la mayoría de los niños y los jóvenes que consumen drogas ilegales son relativamente pobres en las sociedades en las que viven, lo cual puede aumentar su probabilidad de compartir jeringas o vender o intercambiar servicios sexuales por drogas (UNODC et al., 2017). Aun cuando en muchas regiones del mundo el consumo de drogas es parte de un ciclo intergeneracional que afecta a múltiples miembros de un hogar, también puede ser parte de la experimentación, la toma de riesgos y la búsqueda de recompensas de los adolescentes, especialmente entre pares. Socializar con jóvenes que consumen drogas también normaliza y refuerza el comportamiento. Algunos niños y jóvenes comienzan a consumir drogas para escapar del dolor psicológico o fisiológico resultante de la adversidad o de experiencias negativas tales como abandono, abuso físico, sexual o emocional, dificultades con sus familias, o sentimientos de alienación, ira o vacío. Muchos enfrentan múltiples vulnerabilidades (WHO et al., 2015b).

Como sus funciones cognitivas aún se encuentran en una etapa de desarrollo, las niñas, niños y jóvenes son más susceptibles de caer en el consumo de drogas y adicciones que las personas adultas, aunque pueden superarlas. El consumo de drogas puede reducir las inhibiciones y afectar el juicio de los jóvenes, incluyendo aquel relacionado con el comportamiento sexual, como la decisión de usar o no el condón (WHO et al., 2015b). De manera combinada con la práctica de compartir jeringas y materiales para la inyección de drogas –y de manera crucial en el contexto de una falta generalizada de intervenciones de reducción de daños dirigidas a niños y jóvenes– estos factores pueden traducirse en un riesgo mucho más elevado de contraer VIH, infecciones de transmisión sexual y hepatitis entre los niños y los jóvenes que consumen drogas, especialmente entre aquellos que se inyectan drogas (WHO et al., 2015b).

Los jóvenes que consumen drogas enfrentan múltiples barreras en el acceso a los servicios que necesitan, tales como información, materiales para inyección estériles y tratamiento de la farmacodependencia. Estas barreras incluyen la falta de servicios para la reducción de daños accesibles para los jóvenes y centrados en ellos; la falta de confidencialidad resultante de restricciones relacionadas con la mayoría de edad que exigen que los menores de 18 años cuenten con consentimiento de sus padres para poder recibir servicios de reducción de daños y de salud; las actitudes moralizantes por parte de los prestadores de servicios; y la negación de servicios de salud como resultado de su consumo de drogas. Existe una falta de terapias de sustitución de opiáceos y reducción de daños basadas en evidencia o tratamientos para los síntomas de la abstinencia (GPN+ e INPUD, 2010; Larney et al., 2017). En consecuencia, los jóvenes que se inyectan drogas tienen mayores probabilidades de carecer de conocimientos acerca de los riesgos para su salud, prácticas de inyección más seguras y prevención del VIH que las personas de mayor edad, y también más probabilidades de postergar las pruebas de VIH, lo cual también aumenta la posibilidad de continuar transmitiendo el VIH (AVERT,2019).

La criminalización y las prácticas y políticas punitivas aumentan el estigma, el prejuicio y la discriminación, orillan a las personas que consumen drogas a la clandestinidad, refuerzan su marginación y reducen aún más el acceso a los servicios (WHO, 2016a). Por ejemplo, las repercusiones legales del consumo de drogas y la amenaza de perder la custodia de sus hijos disuaden a las mujeres jóvenes consumidoras de drogas que están embarazadas o son madres de acudir a los servicios (GPN+ e INPUD, 2010). Otras consecuencias socioeconómicas incluyen relaciones sociales disfuncionales y mayores probabilidades de desempleo y detención.

Planeación y desarrollo del programa

- **Asegúrese de que las intervenciones dirigidas a niños y jóvenes consumidores de drogas sean adecuadas al contexto:** Aquellas personas que desarrollan programas de EIS necesitan entender cómo se da el consumo de drogas, su diversidad, cómo se encuentra cambiando, cómo se llevan a cabo el tratamiento y la reducción de daños, la legislación relacionada y el enfoque de las fuerzas policiales hacia el consumo de drogas y los consumidores de drogas. También deben entender la diversidad de necesidades y motivaciones de los niños y los jóvenes consumidores de drogas, la dinámica social y económica de sus vidas, y los factores que hacen a los niños y jóvenes vulnerables al consumo de drogas.
- **Planee servicios y una atención integrados e integrales, incluyendo educación:** Los programas deben procurar vincular o integrar la EIS a otros programas para jóvenes consumidores de drogas (GPN+ e INPUD, 2010; UNODC et al., 2017). Las necesidades más apremiantes de los niños y los jóvenes, por ejemplo, vivienda y comida, deberán abordarse primero; de lo contrario, es probable que no quieran participar. En la medida de lo posible, los programas deberán ofrecer un apoyo holístico, o bien vincular a los participantes con otras fuentes que les puedan proporcionar dicho apoyo. Lo anterior incluye (IPPF European Network et al., 2017):
    - reducción de daños (incluyendo insumos tales como materiales para inyección estériles) y tratamiento farmacológico basado en evidencia
    - servicios de prevención, pruebas, tratamiento y atención del VIH
    - servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar y para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y hepatitis
    - servicios de salud mental y apoyo social dirigido por pares
    - servicios para sobrevivientes de violencia
    - apoyo y consejería para la crianza de los hijos y situaciones de custodia infantil, servicios de cuidado infantil, y servicios de bienestar social y legales, especialmente para aquellos niños y jóvenes consumidores de drogas indigentes o en situación de calle.
- **Si la EIS no está integrada a un programa de servicios integrales, asegúrese de contar con una lista de recursos locales recomendados amigables a los que los niños y los jóvenes consumidores de drogas puedan acudir:** En caso de no existir servicios de derivación disponibles, los desarrolladores de programas deberán unir esfuerzos de

abogacía para incidir en los gobiernos de modo que comprendan y respondan al consumo de drogas como un problema de salud pública en lugar de hacerlo como un problema criminal, ofrezcan tratamientos adecuados, sustituyan las actitudes moralizantes por un enfoque pragmático hacia el consumo de drogas, y basen la práctica clínica y terapéutica en evidencia científica (GPN+ e INPUD, 2010).

- **Diseñe un sistema seguro con un alto nivel de confidencialidad:** Proteja cualquier información personal de los participantes en contra de cualquier acceso por parte de personas, grupos u organizaciones hostiles a las personas que consumen drogas.
- **Proporcione los medios necesarios para que los participantes modifiquen su comportamiento:** Aparte de suministrar información correcta y educación acerca de la atención de la salud, y poner énfasis en la reducción de riesgos, los programas también deberán proporcionar los medios para que los participantes modifiquen su comportamiento, como el acceso a condones femeninos y masculinos (Des Jarlais y Semaan, 2008)
- **Involucre a los padres de los jóvenes consumidores de drogas, pero únicamente con el consentimiento de la persona joven:** La participación de los padres puede ayudar a garantizar un apoyo adecuado a la persona joven, pero es esencial obtener el consentimiento de esta antes de involucrar a sus padres.

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Ofrezca a los participantes oportunidades para definir sus propias metas de cambio de comportamiento:** Ayúdeles a fijarse metas de comportamiento saludable realistas (Edlin et al., 2005; Des Jarlais y Semaan, 2008).
- **Reconozca que la abstinencia del consumo de drogas no siempre es una meta realista:** Los programas deben reconocer que mantener la abstinencia del consumo de drogas es difícil y su éxito puede requerir varios intentos. Haga énfasis en la importancia de la reducción de riesgos para aquellos participantes que continúen consumiendo drogas.

Ejecución del programa

- **Desarrolle relaciones de respeto con los participantes:** Evite caer en errores comunes, tales como adoptar actitudes moralizantes o enojarse o frustrarse con los participantes (Des Jarlais y Semaan, 2008). La investigación ha demostrado que cuando las personas consumidoras de drogas son tratadas con dignidad y respeto, tienen una mayor disposición a aprender y responden con preocupación por su propia salud y la salud de otras personas (Des Jarlais y Semaan, 2008).
- **Trate de identificar e involucrar a los niños y los jóvenes tan pronto como sea posible después de haber iniciado el consumo de drogas:** Idealmente, esto deberá ser antes de que comiencen a inyectarse, ya que para ese momento el riesgo de infección por VIH asociado con compartir materiales para inyectarse no estériles se incrementa de manera considerable.
- **Reduzca al mínimo las barreras para la participación:** Implemente el programa, por ejemplo, en lugares a los que los niños y los jóvenes consumidores de drogas ya estén acudiendo, en donde se sientan seguros o en donde puedan recibir múltiples servicios.

Currículos y documentos clave

- *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNODC, 2017)
- *HIV and Young People Who Inject Drugs: Technical Brief* (WHO, 2015)
- *Fomento de los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos Humanos de los Usuarios de Drogas Inyectables que Viven con el VIH: Un Informe sobre Políticas* (GNP+ e INPUD, 2010)

3.10 Jóvenes que venden servicios sexuales

El grupo de personas trabajadoras sexuales incluye a jóvenes y adultos varones mujeres y transgénero, mayores de 18 años, que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de manera regular u ocasional. El trabajo sexual consiste en tener relaciones sexuales consentidas entre adultos, y adopta muchas formas. Varía entre y al interior de los países y comunidades, y también dependiendo de la medida en la que sea "formal" u organizado (Harcourt y Donovan, 2005). Las personas menores de 18 años que venden servicios sexuales son consideradas como niñas o niños explotados sexualmente, en lugar de trabajadores sexuales, de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (incluso si han tomado la decisión de vender servicios sexuales ellos mismos y/o no se ven a sí mismos como víctimas de explotación sexual).

No existen estimaciones exactas acerca del número de personas jóvenes dedicadas a vender servicios sexuales en el mundo, en parte porque en la mayoría de los países uno o más actos relacionados con la venta, ofrecimiento, obtención, facilitación o prestación de servicios sexuales son criminalizados (WHO et al., 2015a).

Las personas jóvenes que venden servicios sexuales pueden tener múltiples vulnerabilidades, tales como ser indigentes, migrantes o itinerantes, estar separadas de sus familias de origen, lidiar con enfermedades mentales, y ser víctimas de violencia a manos de miembros de su familia, parejas sentimentales, clientes, terceros o la policía (WHO et al., 2015a). Su bienestar también puede verse amenazado por el consumo de drogas problemático, infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados y abortos en condiciones de riesgo, y la discriminación (WHO et al., 2015a). A pesar de que las personas jóvenes menores de 18 años que venden servicios sexuales técnicamente son consideradas víctimas de explotación o trata, en la práctica a menudo se les arresta o son víctimas de alguna otra forma de acoso por parte de la policía. Junto con aquellas que tienen 18 años o más, frecuentemente son vistas como criminales y deben enfrentar arrestos, encarcelamientos y otras prácticas punitivas, lo mismo que extorsiones y acoso por parte de la policía, incluso en algunos lugares en los que el trabajo sexual es legal.

Las niñas y niños víctimas de explotación sexual de entre 10 y 17 años pueden tener un menor control que las trabajadoras o trabajadores sexuales sobre el número de clientes que tienen, por razones que incluyen la necesidad económica, el abuso de poder y autoridad por parte de personas adultas, amenazas de violencia, o la falta de experiencia para negociar (WHO et al., 2015a). Adicionalmente, en muchos países las personas menores de 18 años no pueden tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva o servicios relacionados con el VIH sin el consentimiento de sus padres o tutores, a menos que sean menores emancipados (UNAIDS, 2012). Su vulnerabilidad a la violencia, incluyendo la violencia sexual, se incrementa si no pueden tener acceso a apoyo o asistencia por temor a un arresto, una detención o actos de discriminación.

Algunas personas jóvenes son víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual. Las niñas, niños y

jóvenes víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual pueden experimentar violaciones extremas a sus derechos humanos, incluyendo inanición, confinamiento, golpizas, violación, violación en grupo, consumo de drogas forzado, y amenazas de violencia a ellos y sus familias o de exposición de sus actividades a sus familiares y amigos. Las consecuencias para su salud pueden incluir lesiones físicas, adicción a las drogas y el alcohol, infecciones de transmisión sexual y/o VIH, complicaciones severas relacionadas con el embarazo, abortos forzados o bajo coacción e infertilidad (WHO et al., 2015a). El trauma físico y emocional extremo pone a las víctimas en riesgo de sufrir una muerte prematura como resultado de homicidios, suicidios, consumo excesivo de drogas y alcohol, además de desarrollar enfermedades relacionadas con el sida (ILO, 2008; Conner et al., 2014; Ottisova et al., 2018). La mayoría de ellas no pueden obtener apoyo o ayuda debido a su aislamiento.

Existen desafíos legales, políticos y éticos asociados con la prestación de servicios de cualquier tipo, incluyendo la EIS, dirigidos a las personas menores de 18 años que trabajan en la industria del sexo, ya que se considera que cualquier tipo de trabajo sexual que involucre a menores es una forma de explotación sexual de la cual se les debe de proteger. Pero esta situación no debe usarse como justificación para impedir que las personas jóvenes menores de 18 años tengan acceso a información, prevención y servicios de atención. Sin embargo, para evitar cualquier confusión, las recomendaciones que aparecen a continuación se aplican únicamente a aquellas personas de 18 años en adelante que, de manera voluntaria, han decidido vender servicios sexuales,

Planeación y desarrollo del programa

- **Busque la aprobación ética de un órgano asesor:** Debido a las complejidades particulares de impartir EIS a personas jóvenes que venden servicios sexuales, considere la posibilidad de solicitar una revisión ética para confirmar que el programa se rige por principio éticos y está justificado, además de darle mayor credibilidad y aceptabilidad. El programa deberá seguir los principios éticos de la participación voluntaria, la confidencialidad de la información compartida y los datos y registros del programa, y la derivación a servicios de salud y de otro tipo según sea necesario.
- **Diseñe un sistema seguro con un alto nivel de confidencialidad:** Proteja cualquier información personal de los participantes en contra de cualquier acceso por parte de personas, grupos u organizaciones hostiles a las personas que venden servicios sexuales.
- **Implemente un sistema para evaluar a aquellas personas jóvenes que han comenzado a vender servicios sexuales e identificar si han sido coaccionadas u obligadas, o son menores de 18 años:** Esto se puede hacer en colaboración con comités de trabajadores y trabajadoras sexuales autorregulados, o en cooperación con otros trabajadores o trabajadoras sexuales individualmente. Aquellas personas jóvenes menores de 18 años o que estén vendiendo servicios sexuales contra su voluntad deben recibir consejería o apoyo y ser derivadas para recibir servicios sociales y de salud. Los programas ofrecidos deben tomar en cuenta las diferentes necesidades de las personas jóvenes a las que desean apoyar, ya que las situaciones de las personas adultas víctimas de trata son muy diferentes de las de aquellas que son jóvenes y apenas comienzan a vender servicios sexuales.
- **Busque identificar e involucrar a las personas jóvenes tan pronto como sea posible después de haber comenzado a vender servicios sexuales:** Muchas personas que venden servicios sexuales comienzan a hacerlo a una edad temprana y, por ello, son más vulnerables a la violencia y a tener resultados de salud negativos durante los primeros meses (Onyango et al., 2012; Busza et al., 2016). Los programas deben considerar que es probable que, en un principio, una persona joven que ingresa al trabajo sexual no se identifique como una persona dedicada a vender servicios sexuales o al trabajo sexual. Los centros de acogida para jóvenes que ofrecen alimentos, instalaciones para bañarse y otros servicios, como cursos de alfabetización, pueden ser puntos de entrada para identificar o llegar a las personas jóvenes que venden servicios sexuales (WHO et al., 2015a). Haga esfuerzos para llegar a los hombres jóvenes y las personas transgénero que venden servicios sexuales (Onyango et al., 2012).
- **Vincule o integre los contenidos de EIS con otros programas dirigidos a jóvenes que venden servicios sexuales:** Los jóvenes que venden servicios sexuales requieren una combinación de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales para poder hacer frente a los numerosos riesgos para la salud y las violaciones a los derechos humanos que pueden enfrentar. En la medida de lo posible, ofrezca un apoyo holístico, centrado en las personas, el cual puede incluir ofrecerles o derivarlos a servicios de apoyo para vivienda, instalaciones para bañarse, alimentación, servicios de salud, consejería, servicios de atención a la violencia y de salud mental, educación, oportunidades de generación de ingresos, servicios legales, apoyo para la crianza de los hijos, y servicios de bienestar social y protección infantil, especialmente para jóvenes indigentes y en situación de calle que venden servicios sexuales (Onyango et al., 2012; Busza et al., 2016). También es importante garantizar el acceso constante a condones, profilaxis anterior y posterior a la exposición al VIH, y pruebas, consejería y tratamiento del VIH (Onyango et al., 2012; WHO, 2016a).

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Integre la EIS para personas jóvenes que venden servicios sexuales a los enfoques para el empoderamiento de la comunidad:** Esto ayudará a hacer frente a su estigmatización y marginación, además de ofrecer una oportunidad para fomentar el empoderamiento colectivo.
- **No se centre exclusivamente en temas de salud sexual y reproductiva:** Encuentre diferentes ángulos para presentar información de interés para los participantes (Moore et al., 2014; NSWP, 2016a). Por ejemplo, hable acerca del embarazo, las infecciones de transmisión sexual y la prevención del VIH desde la perspectiva de la belleza y la salud, que son importantes para aquellas personas que venden servicios sexuales.

Ejecución del programa

- **De ser posible, imparta el programa en un centro en el que los participantes también tengan acceso a otros servicios:** Esos servicios pueden incluir refrigerios, duchas o regaderas, y áreas de descanso y recreación. Sin embargo, en algunos lugares puede resultar más efectivo ofrecer el programa en las casas de las trabajadoras o trabajadores sexuales o en sus lugares de trabajo, sobre todo si viven juntos.

Lineamientos y documentos clave

- *Implementación de Programas Integrales de VIH/ITS con Personas Trabajadoras del Sexo: Enfoques Prácticos Basados en Intervenciones Colaborativas* (OMS, 2013)
- *Policy Brief: Young Sex Workers* (NSWP, 2016)
- *HIV and Young People Who Sell Sex: Technical Brief* (WHO, 2015)
- *Empowering Each Other: Young People Who Sell Sex in Ethiopia – a Case Study from the Link Up Project* (Frontline AIDS, 2015)
- *Research for Sex Work 15: Resistance and Resilience* (NSWP, 2016)

3.11 Jóvenes en situación de detención

Como es probable que exista un traslape considerable entre los niños y los jóvenes en situación de detención y aquellos que consumen drogas, venden servicios sexuales o tienen discapacidades psicosociales, las recomendaciones pertinentes incluidas en las secciones acerca de ellos en estas Orientaciones también deben considerarse en el caso de los niños y jóvenes en situación de detención.

Los niños y los jóvenes en situación de detención incluyen a aquellos que están involucrados con el sistema de justicia penal o se encuentran bajo detención administrativa. Incluyen a niños y jóvenes detenidos en una estación de policía, en una prisión a la espera de juicio o una acusación, o que están purgando una sentencia después de haber sido condenados, o se encuentran en centros de detención juvenil, de inmigración o de tratamiento farmacológico, o centros de rehabilitación (IPPF y UNFPA, 2017b). En el caso de una detención judicial, la decisión de detener a una a una persona joven la tomará un juez o un tribunal si esta ha sido acusada o condenada por algún hecho delictivo, mientras que, en el caso de una detención administrativa, la decisión será tomada por una entidad ejecutiva o administrativa.

Se desconoce el número de niños y jóvenes que se encuentran en situación de detención en el mundo como resultado de la falta de registros y la amplia variedad de instituciones en las que pueden encontrarse detenidos. De acuerdo con estimaciones de UNICEF, en 2009 más de 1 millón de niñas y niños menores de 18 años fueron detenidos por sistemas de justicia en algún momento (UNICEF, 2009), pero es muy probable que esa cifra esté subestimada (Human Rights Watch, 2016). Los factores interrelacionados que pueden llevar a la detención de niños y jóvenes incluyen pobreza, problemas familiares (incluyendo la falta de orientación por parte de sus padres), la falta de educación o empleo, o situaciones de violencia, abuso y explotación (UNODC, 2006).

Los niños y los jóvenes pueden ser detenidos o encarcelados por ser sospechosos de cometer un delito o haber sido condenados por haber cometido alguno; porque se considera que "están en riesgo de cometer crímenes", son una "molestia social" o tienen una situación "irregular"; o como resultado de acciones inapropiadas o arbitrarias por parte de la policía. De la misma forma, a las niñas y niños migrantes se les retiene rutinariamente en centros de detención migratoria, algo contrario a las normas internacionales. Las niñas y niños con discapacidades y otro tipo de condiciones pueden ser confinados en instituciones con el pretexto de protegerlos. Una detención administrativa también puede obedecer al intento por controlar flujos migratorios y transfronterizos, contener a personas consideradas amenazas a la seguridad, garantizar tratamiento para condiciones de salud mental, contener a personas consumidoras de drogas, y proteger a aquellas en riesgo de padecer situaciones de abuso o explotación o que, de lo contrario, estarían viviendo en la calle (Hamilton et al., 2011).

La mayor parte de la literatura sobre las necesidades de EIS de los niños y los jóvenes en situación de detención proviene de países de renta alta, pero incluso en estos contextos resulta evidente que se encuentran en riesgo de tener una salud y un bienestar deficientes en comparación con la población en general, ya que presentan mayores índices de embarazo en adolescentes, una mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual y VIH, historias de violencia familiar, trauma y abuso sexual, alta prevalencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias, experiencias de estigma y discriminación, acceso limitado a servicios de salud y educación, y bajos niveles de alfabetización (Schmiege et al., 2009; RACP, 2011; BMA, 2014). Estos riesgos pueden ser aún mayores para las adolescentes encarceladas, como resultado de su menor estatus económico y de género en comparación con los adolescentes varones (BMA, 2014). Los niños y los jóvenes también se encuentran en riesgo de padecer situaciones de abuso sexual mientras se encuentran detenidos, en particular aquellos que se encuentran recluidos junto con detenidos adultos (Freudenberg et al., 2010; Human Rights Watch, 2016). Las niñas, niños y jóvenes LGBQ+ y transgénero detenidos tienen un riesgo particularmente elevado de padecer situaciones de maltrato verbal y físico, además de violencia sexual. (James et al., 2016).

La detención de niños y jóvenes limita su capacidad de experimentación y su desarrollo adolescente normal, ya que a menudo tienen poco o ningún contacto con sus familias, y por lo general no tienen contacto físico con adolescentes del mismo sexo o el sexo contrario, además de encontrarse en un ambiente en el que no pueden hacer valer su independencia. Sin la oportunidad de formar relaciones y modelar el comportamiento aprendido de personas adultas en relaciones saludables, en algunos contextos su proceso normal de maduración puede verse retrasado o perjudicado (Commission on Sex in Prison, 2015). Los niños y los jóvenes en situación de detención pueden sentir temor de tener relaciones sexuales y relaciones en general después de ser liberados, especialmente si fueron víctimas de abuso, además de sentir ansiedad acerca de lo que sus futuras parejas pensarán de su falta de experiencia romántica y sexual en comparación con pares de su misma edad (Commission on Sex in Prison, 2015). Muchos niños y jóvenes en situación de detención no tienen una buena relación con su familia y tienen redes de pares que pueden incluir a personas que consumen drogas, están en conflicto con la ley o son delincuentes (Moore et al., 2013), una situación que puede influir en ellos negativamente después de su liberación.

Planeación y desarrollo del programa

- **Trabaje junto con funcionarios a cargo de los procesos de detención desde el inicio del desarrollo del programa:** La detención puede ser una oportunidad para llegar a los niños y jóvenes con educación en sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva a los que no pueden tener acceso en su comunidad. Sin embargo, como los establecimientos penitenciarios son sistemas altamente controlados y cerrados, y puede existir resistencia a permitir la operación de programas que en apariencia promueven la sexualidad de los niños y los jóvenes, es necesario entablar un proceso de negociación continua y buscar un entendimiento con funcionarios en diferentes niveles de autoridad (Sifunda et al., 2008).
- **Colabore con otros actores:** La preparación necesaria para impartir EIS en centros de detención exige una colaboración intensa y sistemática entre los desarrolladores de los programas y el resto de las personas implicadas. Esto puede incluir la colaboración con facilitadores, consejeros o terapeutas de los centros de detención, tribunales, las familias y contrapartes en la comunidad, además de los funcionarios de los centros de detención (Sifunda et al., 2008; Marvel et al., 2009; Liddle et al., 2011).
- **Considere la posibilidad de establecer colaboraciones con prestadores de servicios comunitarios, investigadores académicos y sistemas penitenciarios:** Las personas dedicadas a la investigación y los prestadores de servicios establecidos pueden ser vistos por las autoridades de los centros de detención como expertos confiables, y su reputación y sus conocimientos especializados pueden ayudar a superar las barreras para

el desarrollo y la evaluación de programas de EIS dirigidos a niños y jóvenes en situación de detención (WHO, 2007a).

- **Es importante entender las normas y las limitaciones estructurales que los entornos de detención imponen a los niños y los jóvenes:** Los entornos de detención a menudo imponen limitaciones por razones de género, clase, origen étnico o religión, además de ser típicamente opresivos y desempoderantes. Los temas y actividades parte del currículo deberán tomar este hecho en cuenta.
- **De ser posible, integre la EIS a programas de rehabilitación integrales:** Los niños y los jóvenes en situación de detención no siempre lo están de manera continua; muchos de ellos entran y salen del sistema, de modo que los programas deberán abordar sus necesidades actuales y futuras, desde el día de su salida y durante los meses posteriores. El periodo inmediatamente posterior a su liberación es fundamental, ya que los riesgos para estos niños y jóvenes aumentan una vez que regresan al entorno en el que se metieron en dificultades (que muy probablemente no habrá cambiado en su ausencia) y se reúnen con sus pares y parejas. Sin embargo, su liberación también puede ofrecer a los niños y los jóvenes la oportunidad de aplicar en el mundo real las lecciones aprendidas durante la EIS que recibieron mientras estuvieron detenidos. Idealmente, la EIS deberá integrarse a un plan integral de reinserción o reubicación que incluya una colaboración entre los educadores y consejeros del centro y prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva o servicios relacionados con el abuso de sustancias y de salud mental en la comunidad (US DOE y DOJ, 2014). El componente post-detención puede incluir ofrecer sesiones presenciales individuales y adicionales, educación y apoyo por teléfono, y derivaciones a socios y recursos en la comunidad. Para garantizar la continuidad, la EIS proporcionada durante su detención y después de su liberación deberá ser impartida por los mismos facilitadores (Liddle et al., 2011). También será necesario planear de manera anticipada el establecimiento de mecanismos sólidos para dar seguimiento a los participantes después de su liberación.
- **Sea flexible e incluya en sus planes maneras de adaptarse a los cambios imprevistos y los retos que frecuentemente se presentan en los entornos de detención:** Entre estos se incluyen los cambios de ubicación inesperados o la necesidad de interrumpir las sesiones del programa por motivos de seguridad o para otras actividades, tales como terapia en las instalaciones mismas, el conteo de la población en el centro, y la reubicación de los niños y jóvenes a otros espacios (Goldberg et al., 2009; DiClemente et al., 2014; US DOE & DOJ, 2014).
- **Aborde las diferentes problemáticas y los múltiples riesgos a los que se enfrentan los niños y los jóvenes en situación de detención:** De ser posible, los temas relacionados con la sexualidad, el abuso de sustancias, la salud mental, la delincuencia y la actividad criminal deberán abordarse de manera integrada como parte de la EIS (Marvel et al., 2009). Por ejemplo, la educación en sexualidad puede conceptualizarse como parte de la transición de la persona joven en situación de detención hacia un estado de salud, respeto de sí misma y autocuidado. Añadir o integrar la EIS a programas ya existentes, como aquellos para prevenir el consumo de sustancias o para la reducción de riesgos de infecciones de transmisión sexual o VIH, puede ser de gran utilidad (Bryan et al., 2009; Marvel et al., 2009; Mouttapa et al., 2009).
- **Use un proceso participativo para el desarrollo de los contenidos del programa de EIS en colaboración con los niños y los jóvenes en situación de detención:** Puede que sea necesario negociar con las autoridades institucionales si estas están renuentes a poner cualquier tipo de control en manos de los jóvenes en situación de detención. Sin embargo, esta estrategia puede ayudar a los desarrolladores de programas a comprender y hacer frente a las realidades de las vidas de los jóvenes en situación de detención, qué es lo que los hace vulnerables, qué es lo que necesitan y quieren, y sus creencias, aspiraciones y cultura (WHO, 2007a). Esto puede ayudar a hacer que la EIS sea pertinente incluso para aquellos jóvenes en situación de detención que no identifiquen a la educación sobre la sexualidad como una necesidad inmediata.
- **Involucre a los padres, cuidadores y familias en el programa tanto como sea posible:** Esto se puede hacer a través de sesiones conjuntas para abordar factores familiares y alentar la participación de las familias y sus interacciones con los niños y los jóvenes mientras estos se encuentran detenidos.
- **Involucre a las parejas de los jóvenes en situación de detención en el programa:** Esto es algo particularmente valioso para las parejas masculinas de las adolescentes al momento de participar en discusiones sobre relaciones, violencia, embarazo y prevención de infecciones de transmisión sexual y el VIH (Davis et al., 2016).

Métodos de enseñanza y aprendizaje

- **Ofrezca EIS con reconocimiento de la experiencia traumática:** Muchos niños y jóvenes involucrados con el sistema de detención tienen un historial de violencia familiar, trauma y abuso sexual; y pueden experimentar situaciones traumáticas adicionales al interior del sistema de detención. (Para mayor información, ver p.14).
- **Haga uso de la pedagogía crítica (ver Glosario) para empoderar a los participantes como individuos y como comunidad:** También deberá usarse para ayudarles a desafiar las desigualdades sociales que van moldeando las vidas de los niños y jóvenes involucrados con el sistema de detención. En aquellas instituciones caracterizadas por el castigo y la jerarquía, como los centros de detención y las prisiones, ofrecer modelos de EIS críticos y participativos puede ser especialmente empoderante. La educación participativa puede ofrecer a los participantes un escape a las condiciones deshumanizantes y de incomunicación que caracterizan a las condiciones de detención. Más que adoptar un enfoque didáctico, de prevención de enfermedades, los programas deben priorizar el aprendizaje acerca de los contextos de las vidas de los participantes, sus estrategias de supervivencia y las condiciones que limitan su toma de decisiones. Esto también ayudará a crear una buena relación entre los participantes y los implementadores del programa (Fields et al., 2008).
- **Use sesiones tanto en grupo como individuales (Davis et al., 2016):** En aquellos casos en los que las interacciones, la retroalimentación y la influencia entre pares sean importantes, por ejemplo, al trabajar con varones adolescentes agresores sexuales, es preferible usar sesiones de grupo (Dwyer y Boyd, 2009). En caso de ser posible, se pueden usar sesiones individuales en aquellas situaciones en las que resulte difícil organizar sesiones de grupo debido a distracciones o interrupciones, o en el caso de materiales más sensibles o que necesiten ser individualizados.

Ejecución del programa

- **Es necesario capacitar y apoyar a los facilitadores en el uso de las habilidades recomendadas para el trabajo en entornos de detención juvenil:** Estas habilidades incluyen intervenciones conductuales positivas y técnicas de gestión del aula para el manejo de comportamientos disruptivos, lo mismo que para ayudar a los estudiantes a satisfacer sus necesidades sociales y emocionales. Idealmente, los facilitadores deberán tener experiencia en la docencia con niños y jóvenes en situación de riesgo y recibir cursos de desarrollo profesional continuo para mejorar sus habilidades (US DOE y DOJ, 2014).
- **Use técnicas de disciplina con apoyo para desarrollar la confianza entre los facilitadores y los participantes:** Los facilitadores deberán abordar los problemas de mala conducta usando consecuencias y expectativas claras, apropiadas y congruentes con los participantes: Los participantes deberán sentirse seguros y apoyados en todo momento, especialmente porque muchos de ellos pueden no haber tenido experiencias positivas con educadores en el pasado (US DOE y DOJ, 2014).

Currículos y documentos clave

- *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons* (WHO, UNODC, UNAIDS, 2007)
- *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission* (WHO, UNODC, UNAIDS, 2007)
- *Healthy Sexual Development of Children in Prison* (Howard League for Penal Reform, 2015)
- *Young Lives behind Bars: The Health and Human Rights of Children and Young People Detained in the Criminal Justice System* (British Medical Association, 2014)
- *Guiding Principles for Providing High-Quality Education in Juvenile Justice Secure Care Settings* (US DOE y DOJ, 2014)
- *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (the "Beijing Rules")* (United Nations, 1985)

Glosario de Términos

Los términos y conceptos usados en este documento reflejan tanto definiciones ampliamente aceptadas como definiciones usadas en documentos elaborados por las Naciones Unidas y sus diferentes organismos.

Acoso: Comportamiento repetido a lo largo del tiempo con el objetivo de infligir de manera intencional lesiones o incomodar a través de contacto físico, agresiones verbales o manipulación psicológica. El acoso implica un desequilibrio de poder.

Adolescente: Cualquier persona entre los 10 y los 19 años de edad. (Un niño o niña es una persona menor de 18 años, y un joven es una persona entre los 10 y los 24 años).

Agénero: Persona que no se identifica con ningún género.

Asexual: Persona que no se siente atraída sexualmente hacia otras personas, o que tiene poco o ningún interés en, o deseo de, tener actividad sexual.

Autodeterminación: Proceso a través del cual una persona controla su propia vida, libre de coacción o fuerza; y su derecho a hacerlo.

Bisexual: Persona que se siente atraída a personas de más de un género.

Cisgénero: Tener una identidad de género que corresponde con el sexo asignado al momento del nacimiento.

Coacción: Acción o práctica de persuadir a una persona de hacer algo por medio del uso de la fuerza o amenazas.

Consentimiento informado: Acuerdo voluntario de hacer o participar en algo, o permitir que se haga algo, por ejemplo, un procedimiento médico, con una comprensión plena de los hechos, riesgos, beneficios y posibles consecuencias.

Crisis/emergencias humanitarias: Eventos individuales o una serie de eventos, como pueden ser los conflictos armados, epidemias, desastres naturales y hambrunas, que amenazan la salud, el bienestar o la seguridad de una comunidad o un grupo numeroso de personas.

Currículo: Documento que define los objetivos de aprendizaje, estándares, contenidos, unidades y lecciones o sesiones de un curso o programa educativo específico.

Derechos reproductivos: Los derechos de todas las parejas y personas a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y el momento de tenerlos, libres de discriminación, coacción y violencia; de contar con la información, educación y los medios para hacerlo, y el derecho a tener el nivel más alto posible de salud sexual y reproductiva.

Detención: Privación de la libertad personal, a excepción de aquella derivada de una condena por algún delito (conocida como encarcelamiento).

Discriminación: Cualquier trato injusto o distinción arbitraria con base en la raza, sexo, religión, nacionalidad, origen étnico, orientación sexual, discapacidad, edad, idioma, origen social o alguna otra condición, de una persona.

Educación incluyente: Educación que aborda y responde a las necesidades diversas de todos los estudiantes y reduce la exclusión de la educación y al interior de la misma.

Enfoque con reconocimiento de la experiencia traumática: Enfoque que integra plenamente el conocimiento acerca de las experiencias traumáticas a las políticas, procedimientos y prácticas y, de manera activa, busca evitar que se repita la experiencia traumática.

Enfoque transformador de género: Enfoque que promueve la igualdad de género y desafía los papeles, normas, relaciones y estados de género desiguales.

Equidad: Trato justo e imparcial, incluyendo el trato igualitario o diferencial, para revertir los desequilibrios en derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades.

Espacios seguros: Lugar o ambiente físico o virtual en el que una persona o un grupo pueden sentir la confianza de que no estarán expuestos a discriminación, críticas, acoso o cualquier otra forma de daño emocional o físico.

Estigma: Opiniones o juicios emitidos por las personas o la sociedad que se reflejan de manera negativa en una persona o grupo. La discriminación tiene lugar en el momento en el que se ejerce el estigma.

Expresión de género: La forma en la que una persona expresa su género ante el mundo, por ejemplo, a través de su nombre, vestimenta, estilo, movimientos y gestos, discurso y comunicación, roles y comportamiento en general.

Gay: Persona que de manera principal o exclusiva se siente atraída romántica y sexualmente hacia y/o tiene relaciones con una persona del mismo sexo o género. Comúnmente se usa en referencia a hombres, aunque algunas mujeres también lo usan.

Género: Características socialmente construidas atribuidas a las mujeres o los varones como las normas, los roles, los atributos y las relaciones entre grupos de mujeres y varones y de niñas y niños. Estas características son aprendidas a través de procesos de socialización.

Género no binario: Tener una identidad de género que no es exclusivamente masculina o femenina.

Género no conforme: No seguir las normas, expresiones o papeles de género, ya sea esperados o prescritos, para el género de una persona o un género en particular.

Homofobia: Temor, incomodidad, intolerancia u odio hacia la homosexualidad y las personas que son gays o son percibidas como tales.

Homosexual: Persona cuya principal atracción sexual y/o romántica se da hacia personas del mismo sexo o género.

Hostigamiento: Cualquier comportamiento inapropiado e inoportuno que, de manera razonable, puede generar la expectativa o la percepción de una ofensa o humillación hacia otra persona. El hostigamiento puede darse a través del uso de palabras, gestos o acciones que tienden a molestar, alarmar, abusar, rebajar, intimidar, menospreciar, humillar o avergonzar a otra persona; o que tienen como objetivo generar un ambiente intimidante, hostil u ofensivo.

Identidad de género: La experiencia más íntima que una persona tiene en relación con su propio género, que puede o no corresponder con el sexo asignado al momento del nacimiento.

Intersexual: Término usado para referirse a aquellas personas que nacieron con características sexuales biológicas (incluyendo genitales, gónadas y patrones cromosómicos) que no encajan en las definiciones binarias típicas de los cuerpos masculino o femenino. Se trata de un término colectivo para describir una amplia variedad de variaciones corporales naturales.

Joven: Cualquier persona entre los 10 y los 24 años de edad.

Juego formativo: Un juego formativo o aplicado es un juego diseñado con un fin principal diferente al entretenimiento por sí solo, casi siempre con fines educativos. Los juegos formativos comparten algunas similitudes con las simulaciones, por ejemplo, a través de la narración de historias, pero usan la diversión y la competencia para añadir un valor pedagógico.

Lesbiana: Mujer cuya principal atracción sexual y/o romántica se da hacia personas de su mismo sexo o género.

Minorías sexuales: Grupos cuya identidad, orientación, características o prácticas sexuales son diferentes de aquellas de la mayoría, incluyendo las personas que no son heterosexuales y aquellas que son transgénero, intersexuales o de género no conforme.

Niño: Cualquier persona menor de 18 años (definición de las Naciones Unidas).

Normas o papeles asignados en razón del género: Comportamientos y actitudes culturalmente esperados, permitidos, aceptables, deseados o valorados con base en el sexo real o percibido de una persona.

Orientación sexual: Identidad sexual de una persona desde el punto de vista del sexo/género o los sexos/géneros a los que se siente atraída romántica y/o sexualmente, incluyendo a personas de un sexo/género diferente (heterosexuales), el mismo sexo/género (homosexuales), más de un sexo/género (bisexuales o pansexuales) o ninguno (asexuales).

Pansexual: Persona que se siente atraída sexual y/o románticamente hacia personas de todas las identidades de género.

Pedagogía: La forma en la que se imparten los contenidos educativos, incluyendo el uso de diversas metodologías que reconocen que las personas aprenden de diferentes maneras y ayudan a los diferentes estudiantes a interactuar con los contenidos educativos y a aprender de manera más efectiva.

Pedagogía crítica: Enfoque pedagógico basado en el trabajo del educador brasileño Paulo Freire que ayuda a los estudiantes marginados u oprimidos a cuestionar y desafiar la dominación y la dinámica de poder predominante y los empodera para emprender acciones y cambiar sus propias situaciones.

Personas con discapacidades: Personas que tienen deficiencias físicas, intelectuales, sensoriales o psicosociales de largo plazo que, en interacción con diferentes barreras, pueden dificultar su participación plena y eficaz en la sociedad en un plano de igualdad con otros.

Poblaciones clave: Grupos de población particularmente vulnerables a contraer el VIH, incluyendo a los varones gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores o trabajadoras sexuales, personas transgénero, personas que se inyectan drogas, y reclusos y personas en situación de detención.

Privacidad: Estado o condición de no ser observado o molestado por otras personas. El derecho a la privacidad es el derecho a no ser objeto de interferencia o intrusión, incluyendo intervenciones injustificadas o excesivas y no solicitadas, por parte del estado u otros individuos.

Pueblos indígenas: Habitantes originales de una región particular –en contraposición a aquellos grupos que se han asentado o han ocupado o colonizado el área más recientemente– que han conservado características socioculturales distintas de aquellas de la cultura dominante en las sociedades en las que viven.

Reducción de daños: Estrategias diseñadas para reducir las consecuencias negativas de comportamientos humanos potencialmente dañinos como el consumo de drogas, o tener múltiples parejas sexuales, en lugar de eliminar el comportamiento.

Salud reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y no de mera ausencia de padecimientos o enfermedades reproductivas. La salud reproductiva incluye los procesos, funciones y sistemas reproductivos en todas las etapas de la vida e implica la capacidad de tener una vida sexual segura y satisfactoria, así como de reproducirse, y la libertad de decidir si se desea hacerlo, en qué momento y con qué frecuencia.

Salud sexual: Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no de mera ausencia de enfermedades, disfunciones o padecimientos. La salud sexual exige un abordaje positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, lo mismo que la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras libres de coacción, discriminación y violencia. Para que las personas pueden alcanzar y mantener una buena salud sexual, es necesario garantizar el respeto, la protección y el ejercicio de los derechos sexuales de todas las personas.

Sexo: Características biológicas y fisiológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) usadas para categorizar a las personas como hombres o mujeres.

Transfobia: Temor, incomodidad, intolerancia u odio hacia las personas que son transgénero o son percibidas como tales.

Transgénero: Persona cuya sensación interna en relación con su género (identidad de género) difiere de su sexo asignado al momento del nacimiento. Las personas transgénero pueden identificarse como varones
, mujeres, una combinación de géneros o ningún género.

Violencia: Cualquier acción, explícita o simbólica, que se traduce, o tiene probabilidades de traducirse, en daños físicos, sexuales o psicológicos.

Violencia homofóbica: Violencia perpetrada en contra de una persona con base en su homosexualidad, ya sea real o percibida.

Violencia por razón de género (también violencia de género): Violencia ejercida en contra de una persona motivada por la discriminación de género, las expectativas de los roles de género o los estereotipos de género, o bien por las diferencias de poder vinculadas al género, que se traduce (o tiene probabilidades de traducirse) en sufrimiento o daños físicos, sexuales o psicológicos.

Violencia transfóbica: Violencia perpetrada en contra de una persona por el hecho de ser transgénero o de género no conforme, o ser percibida como tal.

***

Orientaciones Técnicas y Programáticas Internacionales sobre EIS Extraescolar

Anexo - Referencias

ABAAD Resource Center for Gender Equality. (2016). *Capacity Needs and Resources of Mental Health Practitioners in Syria: Rapid Participatory Assessment*. Beirut: ABAAD. Disponible en: https://www.abaadmena.org/documents/ebook.1478606836.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2018). *Healthy Relationships, Healthy Communities Curriculum: Incorporating Mental Health, Social Norms and Advocacy Approaches to Reduce Intimate Partner Abuse.* Beirut: ABAAD. Disponible en: https://www.abaadmena.org/documents/ebook.1540211419.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Abramsky, Tanya et al. (2014). Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*, vol. 12, 122. doi: 10.1186/s12916-014-0122-5.

_____(2016). Ecological pathways to prevention: how does the SASA! community mobilisation model work to prevent physical intimate partner violence against women? *BMC Public Health*, vol. 16, 339. doi: 10.1186/s12889-016-3018-9.

Action for Children (2016). *A Guide to Supporting Trans Children and Young People.* Watford (UK): Action for Children.

Addlakha, Renu, Janet Price, y Shirin Heidari. (2017). Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reproductive Health Matters*, vol. 25, No. 50, pp. 4-9.

Aderemi, Toyin J. (2014). Teachers' perspectives on sexuality and sexuality education of learners with intellectual disabilities in Nigeria. *Sexuality and Disability*, vol. 32, No. 3, pp. 247-58.

Aderemi, Toyin J., Basil J. Pillay, y Tonya M. Esterhuizen. (2013). Differences in HIV knowledge and sexual practices of learners with intellectual disabilities and non-disabled learners in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16, No. 1, 17331. doi: 10.7448/IAS.16.1.17331.

Advocates for Youth. (2002). *Parents and Advocates for Comprehensive Sexuality Education in Schools.* Washington, D.C.: Advocates for Youth.

_____(2016). *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LBGT) Youth in the Global South: The Facts.* Washington, D.C.: Advocates for Youth.

Agenda for Humanity. (2016). Initiative: Compact for Young People in Humanitarian Action Summary. Disponible en: https://www.agendaforhumanity.org/initiatives/3829. Accesado en octubre de 2019.

Alberta Health Services. (20017). *Sexual Health Education for Students with Differing Abilities.* Calgary: Alberta Health Services.

Alliance of Girls' Schools Australasia (AGSA). (2016). Single-sex Education for Girls: The Research. Disponible en: https://www.agsa.org.au/why-a-girls-school-the-research/. Accesado en octubre de 2019.

Alves Peres, Camila, et al. (2002). Developing an AIDS prevention intervention for incarcerated male adolescents in Brazil. *AIDS Education and Prevention*, vol. 14, No. 5, Supplement B, pp. 36-44.

Anarchist Zine Library. (sin fecha) Transcending Anatomy #1: A Guide to Bodies and Sexuality for Partners of Trans People. Anarchist Zine Library. Disponible en: http://azinelibrary.org/zines/Transcending-Anatomy-1-A-Guide-to-Bodies-and-Sexuality-for-Partners-of-Trans-People. Accesado en octubre de 2019.

Anderson, RaeAnn E., Timothy J. Geier, y Shawn P. Cahill. (2016). Epidemiological associations between posttraumatic stress disorder and incarceration in the National Survey of American Life. *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 26, No. 2, pp. 110-23.

Aninanya, Gifty A. et al. (2015). Effects of an adolescent sexual and reproductive health intervention on health service usage by young people in northern Ghana: a community-randomised trial. *PLoS One*, vol. 10, No. 4, e0125267. doi: 10.1371/journal.pone.0125267.

APA (American Psychological Association) (2008). *Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals*. Washington, D.C.: APA. Disponible en: https://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf. Accesado en octubre de 2019.

APN+ (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS). (2013). *Lost in Transitions: Current issues faced by adolescents living with HIV in Asia Pacific*. Bangkok: APN+.

APTN (Asia Pacific Transgender Network). (2016). *APTN Fact Sheets: Being Trans in Asia and the Pacific.* Bangkok: APTN.

Asociación Mundial para la Salud Transgénero. (2012). *Normas de Atención para la Salud de Personas Trans y con Variabilidad de Género. 7.ª Versión.* Minneapolis (MN): Asociación Mundial para la Salud Transgénero.

AUB (American University of Beirut), y UNICEF (2015). *Good Practices in Adolescent and Youth Programming*. Disponible en: https://goodpracticessite.files.wordpress.com/2016/03/1-good-practices_compressed1.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Aung, Poe Poe et al. (2017). Effectiveness of an integrated community and clinic-based intervention on HIV testing, HIV knowledge, and sexual risk behavior of young men who have sex with men in Myanmar. *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, No. 2, pp. S45-S53.

Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare. (2018). Youth Justice. Disponible en: https://www.aihw.gov.au/reports-statistics/health-welfare-services/youth-justice/overview. Accesado en octubre de 2019.

Austrian, Karen et al. (2018). *Adolescent Girls Empowerment Programme: Endline Technical Report.* Lusaka: Population Council.

AVAC (Global Alliance for HIV Prevention), ATHENA Network, Salamander Trust. (2017). *Key Barriers to Women's Access to HIV Treatment: A Global Review*. New York: UN Women.

AVERT (AIDS Virus Education and Research Trust). (2018). Young People, HIV and AIDS. Disponible en: https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/young-people#footnoteref108_9wmeeo7. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2019). People Who Inject Drugs, HIV and AIDS. Disponible en: https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/people-inject-drugs. Accesado en octubre de 2019.

Bailey, Julia V. et al. (2010). Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 9, Cd006483.

_____(2012). Computer-based interventions for sexual health promotion: systematic review and meta-analyses. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 23, No. 6, pp. 408-13.

Banco Mundial. (2019). Pueblos Indígenas. Disponible en: https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples. Accesado en octubre de 2020.

Bandiera, Oriana et al. (2020). Women's empowerment in action: evidence from a randomized control trial in Africa. *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 12, No. 1, pp. 210-59.

Banister, Elizabeth M., y Deborah L. Begoray. (2006). A community of practice approach for Aboriginal girls' sexual health education. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 15, No. 4, pp. 168-73.

Barker, Gary, Christine Ricardo, y Marcos Nascimento. (2007). *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions.* Geneva: WHO.

Barker, Gary et al. (2010). Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*, vol. 5, No. 5, pp. 539-53.

Baral, Stefan D. et al. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 13, No. 3, pp. 214-22.

Baxley, Diann L., y Anna L. Zendell. (2011). *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities: An Instructional Guide for Parents/Caregivers of Individuals with Developmental Disabilities.* Florida Developmental Disabilities Council, Inc. Disponible en: https://www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Parents-English.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Baryamutuma, Rose, y Florence Baingana. (2011). Sexual, reproductive health needs and rights of young people with perinatally acquired HIV in Uganda. *African Health Sciences*, vol. 11, No. 2, pp. 211-18.

Baum, Fran, Colin MacDougall, y Danielle Smith. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, No. 10, pp. 854-57.

Bekker, Linda-Gail y Sybil Hosek. (2015). HIV and adolescents: focus on young key populations. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 18, No.2, Supplement 1, 20076.

Benjet, Corina et al. (2015). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, vol. 46, No. 2, pp. 327-43.

Blackless, Melanie et al. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, vol. 12, No. 2, pp. 151-66.

Blum, Robert W., Kristin Mmari, y Caroline Moreau. (2017). It begins at 10: how gender expectations shape early adolescence around the world. *Journal of Adolescent Health*, vol. 61, No. 4, pp. S3-S4.

BMA (British Medical Association). (2014). *Young lives behind bars: The health and human rights of children and young people detained in the criminal justice system*. London: BMA.

Boehning, Alison. (2006). Sex education for students with disabilities. *Law & Disorder*, No. 1, pp. 59-66.

Bridges, Emily. (2011). *Young People Living with HIV around the World: Challenges to Health and Well-being Persist*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

Broadband Commission for Sustainable Development, ITU, y UNESCO. (2018). *The State of Broadband 2018: Broadband Catalyzing Sustainable Development*. Disponible en: http://www.mcit.gov.eg/Publication/Publication_Summary/6119. Accesado en octubre de 2019.

Brothers, Jennifer et al. (2016). Young women living with HIV: outcomes from a targeted secondary prevention empowerment pilot trial. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 30, No. 5, pp. 229-35.

Brown, Graham, Anne Sorenson, y Janina Hildebrand. (2012). How they got it and how they wanted it: marginalised young people's perspective on their experiences of sexual health education. *Sex Education*, vol. 12, No. 5, pp. 599-612.

Brown, Jane D., y Kelly L'Engle. (2009). X-rated: Sexual attitudes and behaviours associated with U.S. early adolescents' exposure to sexually explicit media. *Communication Research*, vol. 36. No. 1, pp. 129-51.

Bryan, Angela D., Sarah J. Schmiege, y Michelle R. Broaddus. (2009). HIV risk reduction among detained adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, vol. 124, No. 6, pp. e1180-88.

Bull, Sheana et al. (2009). Effects of an internet-based intervention for HIV prevention: the Youthnet trials. *AIDS and Behavior*, vol. 13, No. 3, pp. 474-87.

Busza, Joanna et al. (2014). Triple jeopardy: adolescent experiences of sex work and migration in

Zimbabwe. *Health & Place*, vol. 28, pp. 85-91.

_____ (2016). Underage and underserved: reaching young women who sell sex in Zimbabwe. *AIDS Care*, vol. 28, Supplement 2, pp. 14-20.

Buzwell, Simone, y Doreen Rosenthal. (1996). Constructing a sexual self: adolescents' sexual self-perceptions and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence*, vol. 6, No. 4, pp. 489-513.

Campbell, Catherine, y Catherine MacPhail. (2002). Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, vol. 55, No. 2, pp. 331-45.

CARDEA (2016). *A Guide to Trauma-informed Sex Education.* Austin (TX): CARDEA.

Cardoza, Vicky J et al. (2012). Sexual health behavior interventions for U.S. Latino adolescents: asystematic review of the literature. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 25, No. 2, pp. 136-49.

Carroll, Aengus, y Lucas Ramon Mendos. (2017). *Homofobia de Estado 2017: Estudio Jurídico Mundial sobre la Orientación Sexual en el Derecho: Criminalización, Protección y Reconocimiento*. Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA). Disponible en: https://ilga.org/downloads/2017/ILGA_Homofobia_de_Estado_2017_WEB.pdf. Accesado en octubre de 2020.

Center of Excellence for Transgender Health. (2018). Counting Trans Populations: It's Important to Be Counted! Disponible en: https://prevention.ucsf.edu/transhealth/education/data-recs-summary. Accesado en octubre de 2019.

Chae, Sophia y Thoai D. Ngo. (2017). *The Global State of Evidence on Interventions to Prevent Child Marriage: GIRL Center Research Brief No. 1*. New York: Population Council.

Chandra-Mouli, Venkatraman, Catherine Lane, y Sylvia Wong. (2015a). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3, pp. 333-40.

Chandra-Mouli, Venkatraman et al. (2015b). Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S1-S6.

_____. (2017). Implications of the Global Early Adolescent Study's formative research findings for action and for research. *Journal of Adolescent Health*, vol. 61, Supplement 4, pp. S5-S9.

CHANGE. (2009). *Talking about Sex and Relationships: The Views of Young People with Learning Disabilities.* Leeds (UK): CHANGE.

Chappell, Paul et al. (2018). Educators' perceptions of learners with intellectual disabilities' sexual knowledge and behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sex Education*, vol. 18, No. 2, pp. 125-39.

Chersich, Matthew F. et al. (2013). Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16, No. 1, 17980. doi: 10.7448/IAS.16.1.17980.

Chin, Helen B. et al. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, No. 3, pp. 272-94.

Chirawu, Petronella et al. (2014). Protect or enable? Teachers' beliefs and practices regarding provision of sexuality education to learners with disability in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexuality and Disability*, vol. 32, No. 3, pp. 259-77.

Christensen, John L. et al. (2013). Reducing shame in a game that predicts HIV risk reduction for young adult MSM: a randomized trial delivered nationally over the Web. *Journal of the International AIDS Society*, vol 16, No. 3, Supplement 2, 18716. doi:10.7448/ias.16.3.18716.

Clements-Nolle, Kristen et al. (2001). HIV prevalence, risk behaviours, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, vol. 91, No. 6, pp. 915-21.

Colvin, Christopher J., Oliver Human, y Dean Peacock. (2009). *"It Looks Like Men Are Competing with Rights Nowadays": Men's Perceptions of Gender Transformation in South Africa*. Cape Town, South Africa: Sonke Gender Justice Network.

Comisión Internacional para el Financiamiento de Oportunidades Educativas Globales. (2016). La generación del aprendizaje. Invertir en educación para un mundo en proceso de cambio. Disponible en: http://report.educationcommission.org/downloads/. Accesado en octubre de 2020.

Commission on Sex in Prison. (2015). *Healthy Sexual Development of Children in Prison: Briefing Paper 4*. London: The Howard League for Penal Reform.

Connell, Catherine, y Sinikka Elliott. (2009). Beyond the birds and the bees: learning inequality through sexuality education. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 4, No. 2, pp. 83-102.

Conner, Brendan M., Ayesha Mago, y Sarah Middleton-Lee. (2014). *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Health Services for Adolescents under 18 Engaged in Selling Sex in Asia Pacific*. Amsterdam: HIV Young Leaders Fund.

Coren, Esther, et al. (2016). Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 1, Cd009823. doi: 10.1002/14651858.CD009823.pub3.

Cornish, Fora, y Catherine Campbell. (2009). The social conditions for successful peer education: a comparison of two HIV prevention programmes run by sex workers in India and South Africa. *American Journal of Community Psychology*, vol. 44, Nos. 1-2, pp. 123-35.

Cousineau, Tara M. et al. (2010). Teaching adolescents about changing bodies: randomized controlled trial of an Internet puberty education and body dissatisfaction prevention programme. *Body Image*, vol. 7, No. 4, pp. 296-300.

Couwenhoven, Terri. (2007). *Teaching Children with Down Syndrome about Their Bodies, Boundaries, and Sexuality: A Guide for Parents and Professionals*. Bethesda, MD: Woodbine House.

CRIN (Child Rights International Network). (2015). *Inhuman Sentencing: Life Imprisonment of Children Around the World*. Disponible en: https://archive.crin.org/sites/default/files/life_imprisonment_children_global_0.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Davies, Judith. (1996). *Sexuality Education for Children with Visual Impairments* (disertación de posgrado, Dalhousie University). Disponible en: https://www.tsbvi.edu/materials-items/3254-sexuality-education- for-children-with-visual-impairments. Accesado en octubre de 2019.

Davis, Teaniese L. et al. (2016). Lessons learned from delivering Imara, an HIV/STI risk reduction intervention for African American girls in juvenile detention. *Health Promotion Practice*, vol. 17, No. 1, pp. 31-39.

de Reus, Liset et al. (2015). Challenges in providing HIV and sexuality education to learners with disabilities in South Africa: the voice of educators. *Sex Education*, vol. 15, No. 4, pp. 333-47.

de Vries, Annelou L.C. et al. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, vol. 134, No. 4, pp. 696-704.

Dearfield, Craig T., Anthony J. Barnum, y Robin H. Pugh-Yi. (2017). Adapting Paulo Freire's pedagogy for health literacy interventions. *Humanity & Society*, vol. 41, No. 2, pp. 182-208.

Des Jarlais, Don C., y Salaam Semaan. (2008). HIV prevention for injecting drug users: the first 25 years and counting. *Psychosomatic Medicine*, vol. 70, No. 5, pp. 606-11.

DeSmet, Ann et al. (2015). A systematic review and meta-analysis of interventions for sexual health promotion involving serious digital games. *Games for Health Journal*, vol. 4, No. 2, pp. 78-90.

Deutscher Ethikrat [German Ethics Council]. (2012). *Intersexualität: Stellungnahme* [Intersexuality: Position Paper]. Berlin: Deutscher Ethikrat.

DiClemente, Ralph J et al. (2009). Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 163, No. 12, pp. 1112-21.

_____ (2014). Efficacy of an HIV/STI sexual risk-reduction intervention for African American adolescent girls in juvenile detention centers: a randomized controlled trial. *Women & Health*, vol. 54, No. 8, pp. 726-49.

Disabilities Health Research Network. (2009). *PleasureABLE: Sexual Device Manual for Persons with Disabilities.*

Disabled World. (2017). Disability Sexuality: Sex and the Disabled Information. Disponible en: https://www.disabled-world.com/disability/sexuality/. Accesado en octubre de 2019.

Doughty, Adam H., y Lindsey M. Kane. (2010). Teaching abuse-protection skills to people with intellectual, disabilities: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 31, No. 2, pp. 331-37.

Downing, Jennifer et al. (2011). A systematic review of parent and family-based intervention effectiveness on sexual outcomes in young people. *Health Education Research*, vol. 26, No. 5, pp. 808-33.

Downs, Julie S. et al. (2015). Behavioural decision research intervention reduces risky sexual behaviour. *Current HIV Research*, vol. 13, No. 5, pp. 439-46.

Doyle, Aoife M. et al. (2010). Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: follow-up survey of the community-based MEMA kwa Vijana Trial. *PLoS Medicine*, vol. 7, No. 6, e1000287. doi: 10.1371/journal.pmed.1000287.

_____(2011). The long-term impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual and reproductive health intervention: effect of dose and time since intervention exposure. *PLoS ONE*, vol. 6, No. 9, e24866. doi: 10.1371/journal.pone.0024866.

Duby, Zoe, Chipo Natasha Zulu, y Karen Austrian. (2016). *Adolescent Girls Empowerment Programme in Zambia: Qualitative Evaluation Report*. Lusaka: Population Council.

Dworkin, Shari L., Paul J. Fleming, y Christopher J. Colvin. (2015). The promises and limitations of gender-transformative health programming with men: critical reflections from the field. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 128-43.

Dworkin, Shari L., Sarah Treves-Kagan, y Sheri A. Lippman. (2013). Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 9, pp. 2845-63.

Dwyer, R. Gregg, y Mary S. Boyd. (2009). Sex education for male adolescent sex offenders in a group setting led by general psychiatry residents: a literature review and example in practice. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 4, Nos. 3-4, pp. 208-24.

Eastgate, Gillian. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. S*alud Pública de México*, vol. 50, pp. s255-59.

Edlin, Brian R. et al. (2005). Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, Supplement 5, pp. S276-85.

Eison, Kaile, y Heakyung Kim. (2018). HIV in Children and Adolescents. PM&R KnowledgeNow. Disponible en: https://now.aapmr.org/hiv-in-children-and-adolescents/. Accesado en octubre de 2019.

Ellery, Frances, Gerison Lansdown, y Corinna Csáky. (2011). *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities*. London: Save the Children UK, and Handicap International.

Ellsberg, Mary et al. (2015). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet*, vol. 385, No. 9977, pp. 1555-66.

Engel, Danielle Marie Claire et al. (2019). A package of sexual and reproductive health and rights interventions – what does it mean for adolescents? *Journal of Adolescent Health*, vol. 65, No. 6, Supplement, pp. S41-50.

EngenderHealth, GNP+, ICW (International Community of Women Living with HIV/AIdS), IPPF, UNAIDS, y Young Positives. (2009.) *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV: A Guidance Package*. Amsterdam: GNP+.

Erulkar, Annabel S., y Eunice Muthengi. (2007). *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education & Delay Marriage in Rural Ethiopia*. New York: Population Council.

_____(2009). Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, No. 1, pp. 6-14.

Erulkar, Annabel S. et al. (2013). Evaluation of “Biruh Tesfa” (Bright Future) program for vulnerable girls in Ethiopia. *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 8, No. 2, pp. 182-92.

Esmail, Shaniff et al. (2010a). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, vol. 32, No. 14, pp. 1148-55.

_____ (2010b). *Best-Practice: Sexuality Education for Children and Youth with Physical Disabilities: Developing a Curriculum Based on Lived Experiences*. Canadian Council on Learning. Disponible en: http://en.copian.ca/library/research/ccl/best_practice/best_practice.pdf. Accesado en octubre de 2019.

European Commission Directorate-General for Justice. (2012). *Trans and Intersex People: Discrimination on the Grounds of Sex, Gender Identity and Gender Expression.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union.

Every Woman Every Child. (2017). *Technical Guidance for Prioritizing Adolescent Health.*

Faulkner, Monica, y Lisa Schergen. (2014). *Trauma Informed Sex Education*. Child and Family Research Institute at the University of Texas at Austin, and Cardea Services. Disponible en: https://www.hhs.gov/ash/oah/sites/default/files/ash/oah/oah-initiatives/teen_pregnancy/training /Assests/2014%20Conference/trauma_informed_sexed.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Fava, Nicole M., y Laina Y. Bay-Cheng. (2013). Trauma-informed sexuality education: recognising the rights and resilience of youth. *Sex Education*, vol. 13, No. 4, pp. 383-94.

Felitti, Vincent J. et al (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, No. 4, pp. 245-58.

Fellmeth, Gracia L.T. et al. (2013). Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 6, Cd004534. doi: 10.1002/14651858.CD004534.pub3.

FHI 360. (2010). *Evidence-based Guidelines for Youth Peer Education.* Washington, D.C.: FHI 360.

Fields, Jessica, y Signy Toquinto. (2017). Sexuality education in the context of mass incarceration: interruptions and entanglements. In *The Palgrave Handbook of Sexuality Education*, Louisa Allen and Mary Lou Rasmussen, eds. London: Palgrave Macmillan.

Fields, Jessica et al. (2008). Learning from and with incarcerated women: emerging lessons from a participatory action study of sexuality education. *Sexuality Research & Social Policy*, vol. 5, No. 2, pp. 71-84.

Firestone, Rebecca, et al. (2016). Intensive group learning and on-site services to improve sexual and reproductive health among young adults in Liberia: a randomized evaluation of *HealthyActions*. *Global Health: Science and Practice*, vol. 4, No. 3, pp. 435-51.

Fisher, Christopher M. (2009). Queer youth experiences with abstinence-only-until-marriage sexuality education: "I can't get married so where does that leave me?" *Journal of LGBT Youth*, vol. 6, No. 1, pp. 61-79.

Florida Developmental Disabilities Council. (2011). *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities.* Tallahassee (FL): Florida Developmental Disabilities Council.

Fox, Madeline et al. (2010). Critical youth engagement: participatory action research and organizing. In *Handbook of Research on Civic Engagement in Youth*, Lonnie R. Sherrod, Judith Torney-Purta, and Constance A. Flanagan, eds. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Freudenberg, Nicholas et al. (2010). Reducing drug use, HIV risk, and recidivism among young men leaving jail: evaluation of the REAL MEN re-entry programme. *Journal of Adolescent Health*, vol. 47, No. 5, pp. 448-55.

Frontline AIDS. (2015). *Empowering Each Other: Young People Who Sell Sex in Ethiopia – a Case Study from the Link Up Project.* Hove (UK): Frontline AIDS.

Garbutt, Ruth. (2008). Sex and relationships for people with learning disabilities: a challenge for parents and professionals. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, vol. 5, No. 2, pp. 266-77.

Gerhardt, Peter F (sin fecha). *Sexuality & Sexuality Instruction with Learners with Autism Spectrum Disorders and Other Developmental Disabilities*. Disponible en: https://www.gvsu.edu/cms4/asset/64CB422A-ED08-43F0-F795CA9DE364B6BE/gerhardt_sexuality_ppt.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2013). Puberty, Sexuality, & Adaptive Behaviour with Learners with Autism Spectrum Disorders. Disponible en: https://search.naric.com/research/rehab/documents/O19258%20-%20Power%20Point.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Gibbs, Andrew, Cathy Vaughan, y Peter Aggleton. (2015). Beyond 'working with men and boys': (re)defining, challenging and transforming masculinities in sexuality and health programmes and policy. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 85-95.

Ginevra, Maria Cristina, Laura Nota, y Mark A. Stokes. (2016). The differential effects of autism and Down's syndrome on sexual behaviour. *Autism Research*, vol. 9, No. 1, pp. 131-40.

Girls Not Brides. (2018). *Child Marriage in Humanitarian Settings*. Disponible en: https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/05/Child-marriage-in-humanitarian-settings.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Girls Not Brides, y Population Council. (2017). *Abriendo Oportunidades ('Opening Opportunities'): Theory of Change Case Study*. Disponible en: https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/02/Case-Study-Empower-girls-Population-Council-Guatemala.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Global Health Learning Centre. (2013). *mHealth Basics: Introduction to Mobile Technology for Health.* Washington, D.C.: Global Health Learning Centre.

GNP+ (Global Network of People Living with HIV/AIDS), e INPUD (International Network of People who Use Drugs). (2010). *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of Injecting Drug Users Living with HIV: A Policy Briefing.* Disponible en: http://www.inpud.net/Advan

cing_Sexual_Reproductive_Health_Human_Rights_Injecting_Drug_Users_Living_with_HIV_2010.pdf. Accesado en octubre de 2019.

GNP+ (Global Network of People Living with HIV/AIDS), y Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Positive Health, Dignity and Prevention: Operational Guidelines.* Geneva and Amsterdam: UNAIDS and GNP+.

Go, Vivian F. et al. (2013). Effects of an HIV peer prevention intervention on sexual and injecting risk behaviours among injecting drug users and their risk partners in Thai Nguyen, Vietnam: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, vol. 96, pp. 154-64.

Goesling, Brian et al. (2014). Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, vol. 54, No. 5, pp. 499-507.

Goldberg, Eudice et al. (2009). A human immunodeficiency virus risk reduction intervention for incarcerated youth: a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, vol. 44, No. 2, pp. 136-45.

Gougeon, Nathalie A. (2009). Sexuality education for students with intellectual disabilities, a critical pedagogical approach: outing the ignored curriculum. *Sex Education*, vol. 9, No. 3, pp. 277-91.

Green, Eli. R. (2010). Shifting paradigms: moving beyond “Trans 101” in sexuality education. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 5, No. 1, pp. 1-16.

Greene, Margaret E., y Andrew Levack. (2010). *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Growth Engineering. (sin fecha). Game Changer: Game-based Learning & the Future of L&D. Disponible en: http://www.growthengineering.co.uk/archives-awesome/game-changer-game-based-learning-and-the- future-of-ld/. Accesado en octubre de 2019.

GSMA. (sin fecha). *mHealth Design Toolkit: Ten Principles to Launch, Develop and Scale Mobile Health Services in Emerging Markets.* London: GSMA.

_____(2018). *The Mobile Economy 2018*. London: GSMA.

GSMA Connected Women, e Ipsos. (2018). *GSMA Connected Women: The Mobile Gender Gap Report 2018*. London: GSMA.

Guse, Kylene et al. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, vol. 51, No. 6, pp. 535-43.

Haas, Ann P. et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, vol. 58, No. 1, pp. 10-51.

Haberland, Nicole A. (2015). The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, No. 1, pp. 31-42.

Haberland, Nicole A., y Deborah Rogow. (2015). Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S15-S21.

Hamilton, Carolyn et al. (2011). *Administrative Detention of Children: A Global Report*. New York: United Nations Children’s Fund (UNICEF).

Hanass-Hancock, Jill et al. (2016). Committing to disability inclusion to end AIDS by 2030. *The Lancet HIV*, vol. 3, No. 12, e556-57. doi: 10.1016/S2352-3018(16)30194-1.

_____ (2018a). Breaking the silence through delivering comprehensive sexuality education to learners with disabilities in South Africa: educators experiences. *Sexuality and Disability*, vol. 36, No. 2, pp. 105-21.

_____ (2018b). The impact of contextual factors on comprehensive sexuality education for learners with intellectual disabilities in South Africa. *Sexuality and Disability*, vol. 36, No. 2, pp. 123-40.

Harcourt, Christine, y Basil Donovan. (2005). The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, No. 3, pp. 201-06.

Hardoff, Daniel. (2012). Sexuality in young people with physical disabilities: theory and practice. *Georgian Medical News*, No. 210, pp. 23-26.

Harrison, Abigail et al. (2010). HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence. *BMC Public Health*, vol. 10, No. 1, 102. doi: 10.1186/1471-2458-10-102.

Health Policy Project, APTN (Asia Pacific Transgender Network), y UNDP. (2015). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities in Asia and the Pacific*. Washington, D.C.: Futures Group, Health Policy Project.

Hergenrather, Kenneth C. et al. (2016). Enhancing HIV prevention among young men who have sex with men: a systematic review of HIV behavioral interventions for young gay and bisexual men. *AIDS Education and Prevention*, vol. 28, No. 3, pp. 252-71.

Hewett, Paul C et al. (2017). Cluster randomized evaluation of Adolescent Girls Empowerment Programme (AGEP): study protocol. *BMC Public Health*, vol. 17, No. 1, 386. doi: 10.1186/s12889-017-4280-1.

Hidalgo, Marco A. et al. (2015). The MyPEEPS randomized controlled trial: a pilot of preliminary efficacy, feasibility, and acceptability of a group-level, HIV risk reduction intervention for young men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, vol. 44, No. 2, pp. 475-85.

Hodson, Katherine E., Catherine Meads, y Susan Bewley. (2017). Lesbian and bisexual women's likelihood of becoming pregnant: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 124, No. 3, pp. 393-402.

Holland-Hall, Cynthia, y Elizabeth H. Quint (2017). Sexuality and disability in adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, vol. 64, No. 2, pp. 435-49.

Holstrom, Amelia M. (2015). Sexuality education goes viral: what we know about online sexual health information. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 10, No. 3, pp. 277-94.

Hope, Ruth. (2012) *Y-PEER Network in EECA Region Evaluation Report*. United Nations Population Fund (UNFPA). No publicado.

Howard League for Penal Reform. (2015). *Healthy Sexual Development of Children in Prison.* London: Howard League for Penal Reform.

Human Rights Watch. (2016). *Human Rights Watch World Report 2016*. New York: Human Rights Watch.

Hymowitz, Sarah, Ivor Dikkers, y Amalia Anderson. (2003). Study Guide: The Rights of Indigenous Peoples. University of Minnesota Human Rights Center. Disponible en: http://hrlibrary.umn.edu /edumat/studyguides/indigenous.html. Accesado en octubre de 2019.

ICRC (Comité Internacional de la Cruz Roja). (2004). Directrices Generales Inter-Agenciales sobre Niñas y Niños no Acompañados y Separados. Ginebra: ICRC.

IDS (Institute for Development Studies). (sin fecha). Participatory Methods: Participatory Action Research. Disponible en: https://www.participatorymethods.org/glossary/participatory-action-research. Accesado en octubre de 2019.

_____(2014). *Sex Education in the Digital Era.* Brighton (UK): IDS.

IDS, Promundo y Sonke Gender Justice. (2015) *Engendering Men: A Collaborative Review of Evidence on Men and Boys in Social Change and Gender Equality.* Brighton (UK): IDS.

Igras, Susan M. et al. (2014). Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health. *Global Public Health*, vol. 9, No. 5, pp. 555-69.

ILO (International Labour Organization). (2008). Commercial *Sexual Exploitation of Children and Adolescents: The ILO's Response*. Geneva: ILO.

Institute on Community Integration & Research and Training Center on Community Living, University of Minnesota. (2010). *Impact: Feature Issue on Sexuality and People with Intellectual, Developmental and Other Disabilities*. Minneapolis: University of Minnesota.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2010). *Standards for Peer Education Programmes.* Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues. (2014). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples.*

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG). (2016). Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings eLearning. (sitio web) Disponible en: https://iawg.net/resources/course-asrh. New York: IAWG. Accesado en octubre de 2019.

IPPF (International Planned Parenthood Federation). (2010). *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE).* London: IPPF

_____ (2015). *A Fondo: Educación Integral en Sexualidad (EIS) Herramienta de Evaluación.* Londres: IPPF.

_____(2016). *Everyone's Right to Know: Delivering Comprehensive Sexuality Education for All Young People*. London: IPPF.

IPPF, y UNFPA. (2017a). *Global Sexual and Reproductive Health Services Package for Men and Adolescent Boys.* London and New York: IPPF and UNFPA.

IPPF European Network, y UNFPA Eastern Europe and Central Asia Regional Office. (2017b). *Health, Rights and Well-Being: A Practical Tool for HIV and Sexual and Reproductive Health Programmes with Young Key Populations in Eastern Europe and Central Asia*. Brussels and Istanbul: IPPF European Network, and UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia.

IRC (International Rescue Committee). (2016). *My Safety, My Well-being: Equipping Adolescent Girls with Key Knowledge and Skills to Help Them to Mitigate, Prevent and Respond to Gender-Based Violence (GBV).* New York: IRC.

_____(2017). *A Safe Place to Shine: Creating Opportunities and Raising Voices of Adolescent Girls in Humanitarian Settings.* New York: IRC.

_____(2018). Girl Shine *Program Model and Resource Package.* New York: IRC.

ITU (International Telecommunication Union) (2017). *ICT Facts and Figures 2017*. Geneva: ITU.

Isiugo-Abanihe, Uche C. et al. (2015). Adolescent sexuality and life skills education in Nigeria: to what extent have out-of-school adolescents been reached? *African Journal of Reproductive Health*, vol. 19, No. 1, pp. 101-11.

James, Sandy E. et al. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Jejeebhoy, Shireen J. et al. (2014.) *Promoting Parent-Child Interaction and Communication for Healthy Development of Adolescents: Lessons from a Pilot Project in Rural Bihar.* New Delhi: Population Council.

Jewkes, Rachel K., Michael G. Flood, y James Lang. (2015). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet*, vol. 385, No. 9977, pp. 1580-89.

John Snow, Inc. (2014). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries*. Boston (MA): John Snow, Inc.

Johns, Rebecca, Paul Chappell, y Jill Hanass-Hancock. (2014). *Breaking the Silence: Accommodating Young People with Disabilities in Sexuality Education*. Durban, South Africa: HEARD.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. (2011). *Go Girls! Community-Based Life Skills for Girls: A Training Manual.* Baltimore (MD): Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.

Jones, Lisa et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, vol. 380, No. 9845, pp. 899-907.

Jones, Nicola, Elizabeth Presler-Marshall, y Maria Stavropoulou. (2018). *Adolescents with Disabilities: Enhancing Resilience and Delivering Inclusive Development*. London: Gender and Adolescence: Global Evidence (GAGE), and Overseas Development Institute (ODI). Disponible en: https://www.odi.org/publications/11165-adolescents-disabilities-enhancing-resilience-and-delivering-inclusive-development. Accesado en octubre de 2019.

K4Health. (2014). *The mHealth Planning Guide: Key Considerations for Integrating Mobile Technology into Health Programmes.* Washington, D.C.: K4Health.

Kågesten, Anna et al. (2016). Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS ONE*, vol. 11, No. 6, e0157805. doi: 10.1371/journal.pone.0157805.

Kajula, Lusajo et al. (2016). Vijana Vijiweni II: a cluster-randomized trial to evaluate the efficacy of a microfinance and peer health leadership intervention for HIV and intimate partner violence prevention among social networks of young men in Dar es Salaam. *BMC Public Health*, No. 16, 113. doi: 10.1186/s12889-016-2774-x.

Kates, Jen. (2014). *The U.S. Government and Global LGBT Health: Opportunities and Challenges in the Current Era.* Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Foundation. Disponible en: https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-u-s-government-and-global-lgbt-health-opportunities-and-challenges-in-the-current-era/. Accesado en octubre de 2019.

Katz, Gregorio, y Eduardo Lazcano-Ponce. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública de México*, vol. 50, Supplement 2, pp. S239-54.

Keifer, M.A., y Urooj Arshad. (2016). *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth in the Global South: The Facts.* Washington, D.C.: Advocates for Youth. Disponible en: http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/Factsheets/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-youth-in-the-global-south.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Kelly, Jeffrey. A. et al. (1992). Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *American Journal of Public Health*, vol. 82, No. 11, pp. 1483-89.

Kelly, Patricia J. (2005). Practical suggestions for community interventions using participatory action research. *Public Health Nursing*, vol. 22, No. 1, pp. 65-73.

Kerner, Brad et al. (2012). Adolescent sexual and reproductive health in humanitarian settings. *Forced Migration Review*, No. 40, pp. 21-22.

Kerrigan, Deanna L. et al. (2013). Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low- and middle-income countries. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 6, pp. 1926-40.

Kim, Caron R., y Caroline Free. (2008). Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: a systematic review. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, No. 2, pp. 89-96.

King County (2018). FLASH Lesson Plans for Special Education. Disponible en: https://www.kingcounty.gov/depts/health/locations/family-planning/education/FLASH/special-education.aspx. Accesado en octubre de 2019.

Kinner, Stuart A., y Jesse T. Young. (2018). Understanding and improving the health of people who experience incarceration: an overview and synthesis. *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, No. 1, pp. 4-11.

Kirby, Douglas B., B.A. Laris, y Lori A. Rolleri. (2007). Sex and HIV education programmes: their impact on sexual behaviours of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, No. 3, pp. 206-17.

Kray, Kel. (2015). 9 ways intersex youth want you to support them. Everyday Feminism (sitio web). Disponible en: https://everydayfeminism.com/2015/03/9-ways-intersex-youth-want-to-be-supported/. Accesado en octubre de 2019.

Krishnaratne, Shari et al. (2016). Interventions to strengthen the HIV prevention cascade: a systematic review of reviews. *The Lancet*, vol. 3, No. 7, pp. e307-17.

Kronk, Henry. (2018). Blended Learning is Proving More Effective than Traditional Education. Disponible en: https://news.elearninginside.com/blended-learning-is-proving-more-effective-than-traditional- education/. Accesado en octubre de 2019.

Krupa, Chelsea, y Shaniff Esmail. (2010). Sexual health education for children with visual impairments: talking about sex is not enough. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, vol. 104, No. 6, pp. 327-37.

Kushalnagar, Poorna et al. (2011). Mode of communication, perceived level of understanding, and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 16, No. 4, pp. 512-23.

_____(2017). Health Information National Trends Survey in American Sign Language (HINTS-ASL): protocol for the cultural adaptation and linguistic validation of a national survey. *JMIR Research Protocols*, vol. 6, No. 9, e172. doi: 10.2196/resprot.8067.

_____ (2018). Critical health literacy in American deaf college students. *Health Promotion International*, vol. 33, No. 5, pp. 827-33.

Lamoureux, Gabrielle. (2014). Hard to hear: access to sexuality resources in deaf communities. *Journal of Interdisciplinary Studies in Sexuality*, vol. 1, pp. 36-44.

Larney, Sarah, et al. (2017). Global, regional and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health*, vol. 5, No. 12, pp. E1208-20.

LaVeaux, Deborah, y Suzanne Christopher. (2009). Contextualizing CBPR: key principles of CBPR meet the Indigenous research context. *Pimatisiwin*, vol. 7, No. 1, 1.

LeCroy, Craig W. et al. (2017). Go Grrrls: a randomized controlled trial of a gender-specific intervention to reduce sexual risk factors in middle school females. *Health Education & Behavior*, vol. 45, No. 2, pp. 286-94.

Levtov, Ruti G. et al. (2014). Pathways to gender-equitable men: findings from the International Men and Gender Equality Survey in eight countries. *Men and Masculinities*, vol. 17, No. 5, pp. 467-501.

Liddle, Howard A. et al. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy – Detention to Community: a reintegration programme for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 55, No. 4, pp. 587-604.

Lindley, Lisa L., y Katrina M. Walsemann. (2015). Sexual orientation and risk of pregnancy among New York City high-school students. *American Journal of Public Health*, vol. 105, No. 7, pp. 1379-86.

Lundgren, Rebecka, y Avni Amin. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S42-S50.

MacDonald, Cathy. (2012). Understanding participatory action research: a qualitative research methodology option. *Canadian Journal of Action Research*, vol. 13, No. 2, pp. 34-50.

MacPherson, Peter et al. (2015). Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. *Tropical Medicine & International Health*, vol. 20, No. 8, pp. 1015-32.

Manlove, Jennifer, Heather Fish, y Kristin Anderson Moore. (2015). Programmes to improve adolescent sexual and reproductive health in the US: a review of the evidence. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 6, pp. 47-79.

Marcus, Rachel, Nandini Gupta-Archer, Madeleine D'Arcy, y Ella Page. (2017). *GAGE Rigorous Review: Girls' Clubs, Life Skills Programmes and Girls' Well-being Outcomes*. London: Overseas Development Institute.

Marsch, Lisa. A. et al. (2011). Computer-assisted HIV prevention for youth with substance use disorders. *Substance Use & Misuse*, vol. 46, No. 1, pp. 46-56.

_____(2015). Comparative effectiveness of web-based vs. educator-delivered HIV prevention for adolescent substance users: a randomized, controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 59, pp. 30-37.

MarshMedia. (2007). *Human Sexuality Education for Students with Special Needs.* Shawnee Mission (KS): MarshMedia.

Marvel, Francoise et al. (2009). Multidimensional family therapy HIV/STD risk-reduction intervention: an integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders. *Family Process*, vol. 48, No. 1, pp. 69-84.

Mason, H. (2003). *Peer Education: Promoting Healthy Behaviors.* Washington D.C.: Advocates for Youth. Disponible en: https://www.advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/storage/advfy/documents/fspeered.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Massachusetts Department of Public Health. (2014). *Healthy Relationships, Sexuality and Disability: Resource Guide 2014 Edition.* Boston: Massachusetts Department of Public Health.

Matthews, Catherine. (2014). Critical pedagogy in health education. *Health Education Journal*, vol. 73, No. 5, pp. 600-09.

McInerney, Peter. (2009). Toward a critical pedagogy of engagement for alienated youth: insights from Freire and school-based research. *Critical Studies in Education*, vol. 50, No. 1, pp. 23-35.

Meader, Nick et al. (2010). Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 1, Cd007192.

Medley, Amy et al. (2009). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, vol. 21, No. 3, pp. 181-206.

Melbourne Graduate School of Education. Creating Connections. (sitio web) Disponible en: https://education.unimelb.edu.au/research/projects/creating-connections. Accesado en octubre de 2019.

Michau, Lauri et al. (2015). Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*, vol. 385, No. 9978, pp. 1672-84.

Milhausen, Robin R. et al. (2008). Frequency of sex after an intervention to decrease sexual risk-taking among African-American adolescent girls: results of a randomized, controlled clinical trial. *Sex Education*, vol. 8, No. 1, pp. 47-57.

Mizunoya, Suguru, Sophie Mitra, e Izumi Yamasaki. (2016). *Towards Inclusive Education: The Impact of Disability on School Attendance in Developing Countries. Innocenti Working Paper No. 2016-03.* Florence, Italy: UNICEF Office of Research.

Mohajer, Nicole, y Jaya Earnest. (2010). The challenge of low literacy in health promotion: using empowerment methods with out-of-school adolescents in North India. *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 5, No. 1, pp. 88-96.

Moin, Victor, Ilana Duvdevany, y Daniela Mazor. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*, vol. 27, No. 2, pp. 83-95.

Moore, Lizzie et al. (2014). Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review. *Globalization and Health*, vol. 10, No. 1, 47. doi: 10.1186/1744-8603-10-47.

Moore, Tim, Morag McArthur, y Vicky Saunders. (2013). Young people talk about transitioning from youth detention to the community: making good. *Australian Social Work*, vol. 66, No. 3, pp. 328-43.

Morrison-Beedy, Diane, Denise Passmore, y Michael P. Carey. (2013). Exit interviews from adolescent girls who participated in a sexual risk-reduction intervention: implications for community- based, health education promotion for adolescents. *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 58, No. 3, pp. 313-20.

Moss, Kate, y Robbie Blaha. (2001). *Introduction to Sexuality Education for Individuals Who Are Deaf-Blind and Significantly Developmentally Delayed*. Monmouth, Oregon: DB-Link – The National Information Clearinghouse on Children Who Are Deaf-Blind.

Mouttapa, Michele et al. (2009). Substance use and HIV prevention for youth in correctional facilities. *Journal of Correctional Education*, vol. 60, No. 4, pp. 289-315.

MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights. (2018). *Out With It: HIV and Other Sexual Health Considerations for Youth Men Who Have Sex with Men.* Oakland (CA): Mpact.

Murphy, Nancy A., y Ellen R. Elias. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, vol. 118, No. 1, pp. 398-403.

Mustanski, Brian et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of an online HIV prevention programme for diverse young men who have sex with men: the keep it up! intervention. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 9, pp. 2999-3012.

Muthengi Karei, Eunice, y Annabel S. Erulkar. (2010). *Building Programmes to Address Child Marriage: The Berhane Hewan Experience in Ethiopia*. New York: Population Council and UNFPA.

Namy, Sophie, et al. (2014). *Be a Man, Change the Rules! Findings and Lessons from Seven Years of CARE International Balkans' Young Men Initiative*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW).

_____(2015). Changing what it means to 'become a man': participants' reflections on a school-based programme to redefine masculinity in the Balkans. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 206-22.

National Aboriginal Youth Council on HIV/AIDS (NAYCH). (2014). *Beyond "At Risk": Looking 7 Generations Ahead*. Manuscrito no publicado.

National Development Team for Inclusion. (2016). *Supporting People with Learning Disabilities to Develop Sexual and Romantic Relationships.* Bath (UK): National Development Team for Inclusion.

Native Youth Sexual Health Network. (sin fecha). *Indigenizing Harm Reduction.* Toronto (Ontario): Native Youth Sexual Health Network.

Nayar, Usha S. et al. (2014). Reducing stigma and discrimination to improve child health and survival in low- and middle-income countries: promising approaches and implications for future research. *Journal of Health Communication*, vol. 19, Supplement 1, pp. 142-63.

Nemoto, Tooru et al. (2006). Need for HIV/AIDS education and intervention for MTF transgenders: responding to the challenge. *Journal of Homosexuality*, vol. 51, No. 1, pp. 183-201.

New Jersey Department of Health and Senior Services. (sin fecha). *Being Out, Staying Safe: An STD Prevention Curriculum of Lesbian, Gay, Bisexual and Queer Teens.* Trenton (NJ): New Jersey Department of Health and Senior Services.

New South Wales Department of Family and Community Services (FACS). (2016). *Supporting Sexuality: Practice Guide for Practitioners who Support People with Disability*. Sydney: FACS.

Noar, Seth M. (2011). Computer technology-based interventions in HIV prevention: state of the evidence and future directions for research. *AIDS Care*, vol. 23, No. 5, pp. 525-33.

Noar, Seth M., Hulda G. Black, y Larson B. Pierce. (2009). Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS*, vol. 23, No. 1, pp. 107-15.

Nobelius, Ann-Maree et al. (2010). Sexual and reproductive health information sources preferred by out-of-school adolescents in rural southwest Uganda. *Sex Education*, vol. 10, No. 1, pp. 91-107.

NSWP (Global Network of Sex Work Projects). (2016a). *Policy Brief: Young Sex Workers*. Edinburgh: NSWP.

_____(2016b). *Research for Sex Work 15: Resistance and Resilience*. Edinburgh: NSWP.

Nugroho, Adie et al. (2017). Behavioral interventions to reduce HIV risk behavior for MSM and transwomen in Southeast Asia: a systematic review. *AIDS Care*, vol. 29, No. 1, pp. 98-104.

OHCHR (Officer of the United Nations High Commissioner for Human Rights). (sin fecha). *Children Deprived of Liberty – The United Nations Global Study*. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/StudyChildrenDeprivedLiberty/Pages/Index.aspx. Accesado en octubre de 2019.

OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, y Banco Mundial. (2013). *Implementación de Programas Integrales de VIH/ITS con Personas Trabajadoras del Sexo: Enfoques Prácticos Basados en Intervenciones Colaborativas.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Onyango, Monica A et al. (2012). *"It's All About Making a Life": Young Female Sex Workers Vulnerability to HIV and Prevention Needs in Kumasi, Ghana: A Qualitative Study*. Boston, MA: Boston University Center for Global Health and Development.

Onyeonoro, Ugochukwu U. et al. (2011). Sources of sex information and its effects on sexual practices among in-school female adolescents in Osisioma Ngwa LGA, south east Nigeria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 24, No. 5, pp. 294-99.

Oosterhoff, Pauline, Catherine Müller, y Kelly Shephard, eds. (2017) Sex Education in the Digital Era. *IDS Bulletin*, vol. 48, No. 1, pp. 1-128.

Operario, Don, Toho Soma, y Kristen Underhill. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 48, No. 1, pp. 97-103.

Organisation Intersex International Europe (OII Europe). (2018). *Supporting Your Intersex Child: AParents' Toolkit*. Berlin: OII Europe.

Organisation Intersex International United States (OII United States). (2012). *Brief Guidelines for Intersex Allies*. OII United States. Disponible en: https://www.intersexequality.com/wp-content

/uploads/2012/10/Brief-Guidelines-for-Intersex-Allies.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Ottisova, Livia et al. (2018). Psychological consequences of child trafficking: an historical cohort study of trafficked children in contact with secondary mental health services. *PLoS ONE*, vol. 13, No. 3,e0192321. doi: 10.1371/journal.pone.0192321.

PACT. (2016). Agenda for Humanity: Compact for Young People in Humanitarian Action (sitio web). Disponible en: https://www.agendaforhumanity.org/initiatives/3829. Accesado en octubre de 2019.

PAHO (Pan American Health Organization). (2011). *Investing in Indigenous Young People to Achieve Healthy Populations*. Washington, D.C.: PAHO. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=6352&item=cultural-diversity-health&type=scientific_technical&Itemid=40949&lang=en. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2018.) *Health Plan for Indigenous Youth in Latin America and the Caribbean.* Washington, D.C.: PAHO. Disponible en: https://www.paho.org/en/file/47668/download?token=r925d42o. Accesado en octubre de 2019.

Parrott, Yolan, y Shaniff Esmail. (2010). Burn survivors' perceptions regarding relevant sexual education strategies. *Health Education*, vol. 110, No. 2, pp. 84-97.

Parsons, Jeffrey T. et al. (2014). A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 82, No. 1, pp. 9-18.

Peacock, Dean, y Gary Barker. (2014). Working with men and boys to prevent gender-based violence: principles, lessons learned, and ways forward. *Men and Masculinities*, vol. 17, No. 5, pp. 578- 99.

Perkins School for the Blind. (2014a). Addressing Issues of Sexuality with Participants Who Are Visually Impaired. (Video). Watertown (MA): Perkins School for the Blind.

_____ (2014b). *Resource List for Teaching People with Sensory Disabilities Social Skills and Sexuality Education.* Watertown (MA): Perkins School for the Blind.

Poobalan, Amudha S et al. (2009). Characteristics of effective interventions in improving young people's sexual health: a review of reviews. *Sex Education*, vol. 9, No. 3, pp. 319-36.

Pop, Meda V. y Alina S. Rusu. (2015). The role of parents in shaping and improving the sexual health of children – lines of developing parental sexuality education programmes. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 209, pp. 395-401.

Population Council. (2006). *Yaari Dosti: Young Men Redefine Sexuality.* Washington, D.C.: Population Council. Disponible en: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/yaaridostieng.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2008). *Sakhi Saheli: Promoting Gender Equity and Empowering Young Women – a Training Manual.* Washington, D.C.: Population Council. *Disponible en:* https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/India_SakhiSaheli_Eng.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2009). Un Solo Currículo: Pautas para un Enfoque Integrado Hacia la Educación en Sexualidad, Género, VIH y Derechos Humanos. Washington, D.C.: Population Council. Disponible en: https://www.popcouncil.org/research/its-all-one-curriculum-guidelines-and-activities-for-a-unified-approach-to-. Accesado en octubre de 2020.

_____(2016a). *An Integrated Peer Outreach and Clinic-based Intervention to Improve the Sexual Health of Young Men Who Have Sex with Men in Myanmar: A Link Up Evaluation*. Washington, D.C.: Population Council. Disponible en: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016HIV_LinkUp_MyanmarEndlineBrief.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2016b). *Construyendo Activos Protectores en Niñas Adolescentes: Una Colección de Herramientas para el Diseño de Programas.* Washington, DC: Population Council. Disponible en: https://www.popcouncil.org/research/building-girls-protective-assets-a-collection-of-tools-for-program-design. Accesado en octubre de 2020.

_____(2016c). *Impact of Peer Education and On-site Clinical Services for Female Sex Workers in Bangladesh Brothels: A Link Up Evaluation Study*. Washington, D.C.: Population Council. Disponible en: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016HIV_LinkUp_BangladeshFSWsBrief.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____(2017). *Programa Abriendo Oportunidades: Guía Curricular Integrada.* Washington, DC: Population Council. Disponible en: https://www.popcouncil.org/research/abriendo-oportunidades-program-integrated-curriculum-guide. Accesado en octubre de 2020.

_____(2018). *Delivering Impact for Adolescent Girls: Emerging Findings from Population Council Research.* Washington, DC: Population Council. Disponible en: https://www.popcouncil.org/uploads /resources/2018PGY_GIRLCenterSynthesis.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Pretorius, Leandri et al. (2015). *Interventions targeting sexual and reproductive health and rights outcomes of young people living with HIV: a comprehensive review of current interventions from sub-Saharan Africa*. *Global Health Action*, vol. 8, No. 1, 28454. doi: 10.3402/gha.v8.28454.

PRI (Penal Reform International). (2018). *Global Prison Trends 2018.* London: PRI. Disponible en: https://www.penalreform.org/resource/global-prison-trends-2018/. Accesado en octubre de 2019.

Principles for Digital Development: Principles. (sin fecha). Disponible en: https:// digitalprinciples.org/principles/. Accesado en octubre de 2019.

Promundo. (2008). *Engaging Boys and Men in Gender Transformation: The Group Education Manual.* Disponible en: https://promundoglobal.org/resources/engaging-boys-and-men-in-gender-transformation-*the-group-education-manual/.* Accesado en octubre de 2019.

_____ (2018). *Program H: Working with Young Men*. Disponible en: https://promundoglobal .org/programs/program-h/. Accesado en octubre de 2019.

_____ (sin fecha). *Program M: Working with Young Women.* Disponible en: https://pro mundoglobal.org/resources/program-m-working-with-young-women/. Accesado en octubre de 2019.

_____ (sin fecha). *Programme Ra.* Disponible en: https://promundoglobal.org/resources /programme-ra/. Accesado en octubre de 2019.

Promundo, United Nations Population Fund (UNFPA), y MenEngage. (2010). *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action*. New York: UNFPA.

Public Health Seattle, y Kings County. (2005-13). *FLASH Curriculum in Sexual Health Education: Lesson Plans for Special Education.* Seattle (WA): Public Health Seattle and Kings County.

RACP (Royal Australian College of Physicians). (2011). *The Health and Well-being of Incarcerated Adolescents*. Sydney: RACP. Disponible en: https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/the-health-and-wellbeing-on-incarcerated-adolescents.pdf. Accesado en octubre de 2019.

RAD Remedy. (sin fecha). *Dr Rad's Queer Health Show – Self Exams and Checkups.* RAD Remedy. Disponible en: https://payhip.com/b/kJlu. Accesado en octubre de 2019.

Raiford, Jerris L. et al. (2017). When a relationship is imperative, will young women knowingly place their sexual health at risk? A sample of African American adolescent girls in the juvenile justice system. *Sexual Health*, vol. 14, No. 4, pp. 331-37.

RAND Health (2009). *Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets.* Santa Monica (CA): RAND Corporation.

Rao Gupta, Geeta. (2000). *Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How*, Plenary Address at the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa. Disponible en: https://genderandaids.unwomen.org/en/resources/2002/11/gender-sexuality-and-hivaids-the-what-the-why-and-the-how. Accesado en octubre de 2019.

Rao Gupta, Geeta, Daniel Whelan, y Keera Allendorf. (2003). *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes: A Review Paper*. Geneva: World Health Organization.

Ratele, Kopano. (2015). Working through resistance in engaging boys and men towards gender equality and progressive masculinities. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 144-58.

Reading, Charlotte, y Fred Wein. (2013). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Reisner, Sari L. et al. 2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, vol. 388, No. 10042, pp. 412-36.

Researchgate. (2014). *Guidelines for an Effective Design of Serious Games.* Berlin: Researchgate.

Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention. Teaching Sexuality to Developmentally Disabled Youth: What Do I Say? How Do I Say It? (sitio web) California: ETR. Disponible en: http://recapp.etr.org/recapp/index.cfm?fuseaction=pages.EducatorSkillsDetail&PageID=96#HowDoISayIt. Accesado en octubre de 2019.

Rindner, Ellen C. (2004). Using Freirean empowerment for health education with adolescents in primary, secondary, and tertiary psychiatric settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 17, No. 2, pp. 78-84.

Robertson, Angela A. et al. (2011). The Healthy Teen Girls project: comparison of health education and STD risk reduction intervention for incarcerated adolescent females. *Health Education & Behavior*, vol. 38, No. 3, pp. 241-50.

Robinson, Beatrice "Bean" E. et al. (2002). The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, vol. 17, No. 1, pp. 43-57.

Rohleder, Poul, y Leslie Swartz. (2009). Providing sex education to persons with learning disabilities in the era of HIV/AIDS: tensions between discourses of human rights and restriction. *Journal of Health Psychology*, vol. 14, No. 4, pp. 601-10.

Rokicki, Slawa et al. (2017). Impact of a text-messaging program on adolescent reproductive health: a cluster-randomized trial in Ghana. *American Journal of Public Health*, vol. 107, No. 2, pp. 298-305.

Rongkavilit, Chokechai et al. (2013). Motivational interviewing targeting risk behaviors for youth living with HIV in Thailand. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 6, pp. 2063-74.

Salam, Rehana A. et al. (2016). Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, Supplement 4, pp. S11-S28.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2018). Trauma and Violence. Disponible en: https://www.samhsa.gov/trauma-violence. Accesado en octubre de 2019.

Sandøy, Ingvild F. et al. (2016). Effectiveness of a girls' empowerment programme on early childbearing, marriage and school dropout among adolescent girls in rural Zambia: study protocol for a cluster randomized trial. *Trials*, vol. 17, 588. doi: 10.1186/s13063-016-1682-9.

Santa Maria, Diane et al. (2015). Parent-based adolescent sexual health interventions and effect on communication outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 47, No. 1, pp. 37-50.

Save the Children. (2006). *Protégete y Protégeme.* Londres: Save the Children.

_____ (2010). *Equal You and Equal Me.* London: Save the Children.

Schaafsma, Dilana et al. (2015). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Sex Research*, vol. 52, No. 4, pp. 412-32.

_____ (2017). People with intellectual disabilities talk about sexuality: implications for the development of sex education. *Sexuality and Disability*, vol. 35, No. 1, pp. 21-38.

Schergen, Lisa, y Stephanie D. Hebert. (2016). *Guide to Trauma-Informed Sex Education*. Cardea Services. Disponible en: http://www.cardeaservices.org/resourcecenter/guide-to-trauma-informed-sex-education?A=SearchResult&SearchID=5465461&ObjectID=6440995&ObjectType=35. Accesado en octubre de 2019.

Schmiege, Sarah J. et al. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 77, No. 1, pp. 38-50.

Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UNDESA, y the Burton Blatt Institute at Syracuse University. (2013). *Fact Sheet: Youth with Disabilities*. Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-with-disabilities.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Sexuality and Disability: Mythbusting. Disponible en: http://www.sexualityanddisability.org/having-sex/mythbusting/. Accesado en octubre de 2019.

SH&FPA (Sexual Health & Family Planning Australia). (2013). *Improving sexual and reproductive health for people with disability: Report from the SH&FPA Disability Special Interest Group*. Disponible en: https://www.shinesa.org.au/media/product/2015/04/ImprovingSexualandReproductiveHealthforPeoplewithDisability.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Shepherd, Jonathan et al. (2010). The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, vol. 14, No. 7.

Sherman, Susan G. et al. (2009). Evaluation of a peer network intervention trial among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand. *Social Science & Medicine*, vol. 68, No. 1, pp. 69-79.

Siddiqi, Anooradha. (2012). *Missing the Emergency: Shifting the Paradigm for Relief to Adolescent Girls*. Coalition for Adolescent Girls. Disponible en: https://www.youthpower.org/resources/missing-emergency-shifting-paradigm-relief-adolescent-girls. Accesado en octubre de 2019.

SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States). (1998). *Right from the Start: Guidelines for Sexuality Issues, Birth to Five Years.* New York: SIECUS.

_____(2001). *Sexuality Education for People with Disabilities*. SIECUS Report, vol. 29, No. 3. New York: SIECUS.

Sifunda, Sibusiso et al. (2008). The effectiveness of a peer-led HIV/AIDS and STI health education intervention for prison inmates in South Africa. *Health Education & Behavior*, vol. 35, No. 4, pp. 494-508.

Simba, Daudi O., y Deodatus C. Kakoko. (2009). Volunteerism among out-of-school adolescent reproductive health peer educators: is it a sustainable strategy in resource constrained countries? *African Journal of Reproductive Health*, vol. 13, No. 3, pp. 99-110.

Simon, Laura, y Kristian Daneback. (2013). Adolescents' use of the internet for sex education: a thematic and critical review of the literature. *International Journal of Sexual Health*, vol. 25, No. 4, pp. 305-19.

Sisley, Dominique. (2016). What Does It Mean to Be Young and Intersex Today? Dazed Digital. Disponible en: http://www.dazeddigital.com/artsandculture/article/30991/1/what-does-it-mean-to-be-young-and-intersex-today. Accesado en octubre de 2019.

Smyth, John, Peter McInerney, y Tim Fish. (2013). Blurring the boundaries: from relational learning towards a critical pedagogy of engagement for disengaged disadvantaged young people. *Pedagogy, Culture & Society*, vol. 21, No. 2, pp. 299-320.

Society for Safe and Caring Schools & Communities. (2010). *Safe and Caring Schools for Two Spirit Youth: A Guide for Teachers and Students*. Edmonton (Alberta): Society for Safe and Caring Schools & Communities.

Son, Ji et al. (2017). The effect of interprofessional student-led reproductive health education on youths in juvenile detention. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 30, No.3, pp. 370-75.

Sonke Gender Justice Network. (2006). "One Man Can" Campaign Toolkit. South Africa: Sonke Gender Justice Network. Disponible en: https://genderjustice.org.za/publication/one-man-can-toolkit-english/. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2017). *Faith Leaders and the LGBT Community Toolkit: Promoting Safe and Welcoming Faith Organizations for All God's Children.* South Africa: Sonke Gender Justice Network. Disponible en: http://genderjustice.org.za/publication/faith-leaders-lgbt-community-toolkit/. Accesado en octubre de 2019.

SAfAIDS, y UNFPA. (2016). *iCAN Package: A Comprehensive Life Skills Package Focusing on HIV, Sexuality, and Sexual & Reproductive Health for Young People Living with HIV (YPLHIV) and Their Circles of Care – Facilitator's Manual and Workbook.* Johannesburg and Harare: UNFPA and SAfAIdS.

Spruce Woods Sundance Family. (2017). *Routine Practices at Indigenous Healing Ceremonies.* Winnipeg (Manitoba): Spruce Woods Sundance Family.

Sriranganathan, Gobika, et al. (2012). Peer sexual health education: interventions for effective programme evaluation. *Health Education Journal*, vol. 71, No. 1, pp. 62-71.

Stangl, Anne et al. (2015). *Transitioning to a Healthy Adulthood: Lessons Learned from Adolescent Girls Living with HIV in Urban Zambia*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW). Disponible en: https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/FINAL_brief_ALHIV-Zambia .pdf. Accesado en octubre de 2019.

State of Queensland (Queensland Health). (2013). *Aboriginal and Torres Strait Islander Adolescent Sexual Health Guideline.* Disponible en: https://www.health.qld.gov.au/ data/assets/pdf_file/ 0018/161541/adolescent_sexual_health_guideline.pdf. Accesado en octubre de 2019.

STOPAIDS. (2016). *Factsheet: Adolescents and Young People and HIV*. Disponible en: https://stopaids.org.uk/wp/wp-content/uploads/2017/06/STOPAIDS-Factsheet-Adolescents-and-youn g-people-and-HIV.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Sutton, Madeline Y. et al. (2014). Impact of parent-child communication interventions on sex behaviors and cognitive outcomes for black/African-American and Hispanic/Latino youth: a systematic review, 1988-2012. *Journal of Adolescent Health*, vol. 54, No. 4, pp. 369-84.

Svanemyr, Joar et al. (2015). Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S7-S14.

Swango-Wilson, Amy. (2011). Meaningful sex education programs for individuals with intellectual/developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, vol. 29, No. 2, pp. 113-18.

Sweeney, Liz. (2007). *Human Sexuality Education for Students with Special Needs*. Shawnee Mission, Kansas: Marsh Media. Disponible en: http://www.ejhs.org/volume10/MarshMedia%20White%20 Paper.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Sykes, Susie et al. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*, vol. 13, No. 150. doi:10.1186/1471-2458-13-150.

Szydlowski, Mary Beth. (2016). *Sexual Health Education for Young People with Disabilities: Research and Resources for Educators.* Washington, D.C.: Advocates for Youth. Disponible en: http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2559. Accesado en octubre de 2019.

Talukdar, Joy. (2013). The prospects of a virtual sex education: a review. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 8, Nos. 1-2, pp. 104-15.

The Arc Maryland. (sin fecha). Personal Safety Planning Awareness Choice Empowerment (SPACE): A Violence Prevention Programme for Women. Columbia (MD): The Arc Maryland. Disponible en: http://www.ncdsv.org/images/Arc_PersonalSpace-AViolencePreventionProgramForWomen.pdf. Accesado en octubre de 2019.

Tingey, Lauren et al. (2015). Respecting the Circle of Life: one year outcomes from a randomized controlled comparison of an HIV risk reduction intervention for American Indian adolescents. *AIDS Care*, vol. 27, No. 9, pp. 1087-97.

_____(2017). The impact of a sexual and reproductive health intervention for American Indian adolescents on predictors of condom use intention. *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, No. 3, pp. 284-91.

Tobin, Karin E. et al. (2011). The STEP into Action study: a peer-based, personal risk network-focused HIV prevention intervention with injection drug users in Baltimore, Maryland. *Addiction*, vol. 106, No. 2, pp. 366-75.

Tolli, Marina V. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research*, vol. 27, No. 5, pp. 904-13.

Tolou-Shams, Marina et al. (2011). HIV prevention for juvenile drug court offenders: a randomized controlled trial focusing on affect management. *Journal of Correctional Health Care*, vol. 17, No. 3, pp. 226-32.

Torres, Virgilio M.S. et al. (2012). 'Expanding your mind': the process of constructing gender-equitable masculinities in young Nicaraguan men participating in reproductive health or gender training programs. *Global Health Action*, vol. 5, No. 1, 17262. doi: 10.3402/gha.v5i0.17262.

Travers, Jason et al. (2014). Alignment of sexuality education with self-determination for people with significant disabilities: a review of research and future directions. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, vol 49, No. 2, pp. 232-47.

Tuong, William, Elizabeth R. Larsen, y April W. Armstrong. (2014). Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviours. *Journal of Behavioural Medicine*, vol. 37, No. 2, pp. 218-33.

UIS (UNESCO Institute of Statistics). (2018). *One in Five Children, Adolescents and Youth is Out of School.* UIS Fact Sheet No. 48. Geneva: UIS.Disponible en: http://uis.unesco.org/sites/default/files /documents/fs48-one-five-children-adolescents-youth-out-school-2018-en.pdf. Accesado en octubre de 2019.

US DOE (Department of Education), y US DOJ (Department of Justice). (2014). *Guiding Principles for Providing High-Quality Education in Juvenile Justice Secure Care Settings*. Washington, D.C.: US DOE and DOJ. Disponible en: https://www2.ed.gov/policy/gen/guid/correctional-education/guiding-principles.pdf. Accesado en octubre de 2019.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). (1999). *Peer Education and HIV/AIDS: Concepts, Uses and Challenges*. Geneva: UNAIDS.

_____(2012). *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*. Geneva: UNAIDS.

_____(2015) *Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA*. Ginebra: ONUSIDA.

_____ (2016a). *ALL IN to End the Adolescent AIDS Epidemic: A Progress Report.* Geneva: UNAIDS.

_____ (2016b). *HIV Prevention Among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast-Track and Engaging Men and Boys.* Geneva: UNAIDS.

_____(2017a). *Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets*. Geneva: UNAIDS.

_____(2017b). *Disability and HIV*. Geneva: UNAIDS

_____(2018a). *Global HIV & AIDS Statistics: 2018 Fact Sheet*. Geneva: UNAIDS.

_____(2018b) *The Youth Bulge and HIV.* Geneva: UNAIDS.

_____(2020). AIDSinfo.unaids.org (sitio web). Geneva: UNAIDS.

UNAIDS, y UNICEF (United Nations Children's Fund). (2016). *ALL IN to End the Adolescent AIDS Epidemic: A Progress Report*.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs). (2015). *State of the World's Indigenous peoples: Indigenous People's Access to Health Services.* New York: UNDESA.

_____(2017a). *Population Facts, No. 2017/5*. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-5.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____(2017b). *State of the World's Indigenous Peoples: Education.* New York: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme). (2019). 10 Things to Know about Indigenous Peoples. Disponible en: https://stories.undp.org/10-things-we-all-should-know-about-indigenous-people. Accesado en octubre de 2019.

UNDP, IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV, UNFPA, UCSF Centre of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, WHO, UNAIDS, y USAID (United States Agency for International Development) (2016). *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions.* New York: UNDP.

UNESCO. (2010). *Llegar a los marginados: informe de seguimiento de la EPT en el mundo, 2010*. Oxford: UNESCO.

_____ (2012). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector.* Paris: UNESCO.

_____ (2015). *Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015*. Paris: UNESCO.

_____ (2016). *Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo, 2016: La Educación al servicio de los pueblos y el planeta: creación de futuros sostenibles para todos*. Paris: UNESCO.

_____(2018). *Review of the Evidence on Sexuality Education: Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education*. Paris: UNESCO.

UNESCO, y GNP+. (2011). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector.* Paris: UNESCO.

UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), y OMS. (2009). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Un Enfoque Basado en la Evidencia para Escuelas, Docentes y Educadores de Salud*. París: UNESCO.

UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), ONU Mujeres (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer), y OMS. (2018). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Un Enfoque Basado en la Evidencia, Edición Revisada*. París: UNESCO.

UNESCO, y UNFPA. (2003). *Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned.* Bangkok: UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education.

UNFPA (United Nations Population Fund). (2006). *Peer Education Toolkit.* New York: UNFPA.

_____ (2009). *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios.* Nueva York: UNFPA.

_____ (2010a). *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action.* New York, UNFPA.

_____(2010b). *Promoting Equality, Recognizing Diversity: Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples in Latin America.* New York: UNFPA.

_____ (2012). *Gestión de Programas contra la Violencia de Género en Situaciones de Emergencia: Guía Complementaria de Aprendizaje Virtual.* Nueva York: UNFPA.

_____(2014a). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Edición vigésimo aniversario. Nueva York: UNFPA.

_____(2014b). *Directrices Operacionales del UNFPA para la Educación Integral de la Sexualidad: Un Enfoque Basado en los Derechos Humanos y Género.* Nueva York: UNFPA.

_____ (2015a). *Global Indigenous Youth Councils Meeting – Culturally Safe and Peer-Lead Approaches to HIV, Sexual Health, and Harm Reduction in Indigenous Communities*. Informe no publicado.

_____(2015b). La Evaluación de los Programas de Educación Integral para la Sexualidad: Un Enfoque en Resultados de Principios de Género y Empoderamiento. Nueva York: UNFPA.

_____ (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights for Out of School Young People: Programming Guide*. Johannesburg: UNFPA.

_____(2018a). *Jóvenes con Discapacidad: Estudio Global sobre Cómo Poner Fin a la Violencia de Género y Hacer Realidad la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Nueva York: UNFPA.

_____ (2018b). *Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People.* New York: UNFPA.

_____ (2018c). *Let's Chat! Parent Child Communication on Sexual and Reproductive Health.* New York: UNFPA.

_____(2018d). *Mujeres y Jóvenes con Discapacidad: Directrices para Prestar Servicios Basados en Derechos y con Perspectiva de Género para Abordar la Violencia Basada en Género y la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Nueva York: UNFPA.

UNFPA_____(2019). *Boys on the Move Life Skills Programme for Unaccompanied Male Adolescents.* Istanbul: UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia.

UNFPA, y World YWCA. (2006). *Capacitación de Mujeres para Liderar el Cambio: Un Manual de Recursos.* Nueva York: UNFPA y World YWCA.

UNFPA, y Save the Children. (2009) *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios: En Conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios.* Nueva York: UNFPA.

UNFPA, Global Forum on MSM & HIV, UNDP, WHO, USAID (United States Agency for International Development), y World Bank (2015). *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men who Have Sex with Men: Practical Guidance for Collaborative Interventions*. New York: UNFPA.

UNFPA, y Women Enabled International. (2018). *Mujeres y Jóvenes con Discapacidad: Directrices para Prestar Servicios Basados en Derechos y con Perspectiva de Género para Abordar la Violencia Basada en Género y la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Nueva York: UNFPA.

UNGEI (United Nations Girls Education Initiative), y Leonard Cheshire Disability. (2017). *Still Left Behind: Pathways to Inclusive Education for Girls with Disabilities.* London: Leonard Cheshire Disability.

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). (2017). *Global Trends: Forced Displacement in 2017*. Geneva: UNHCR.

_____ (sin fecha). *Fact Sheet: Intersex*. Geneva: UNHCR. Disponible en: https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/UNFE-Intersex.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____ (sin fecha). Figures at a Glance. Disponible en: http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html. Accesado en octubre de 2019.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). (2008). *Se Trata de la Capacidad: Una Explicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Nueva York: UNICEF.

_____ (2009). *Progress for Children: A Report Card on Child Protection.* New York: UNICEF.

_____ (2011a). *La Seguridad de los Niños en Línea: Retos y Estrategias Mundiales.* Florencia (Italia): UNICEF, Centro de Investigaciones Innocenti.

_____ (2011b). *Communicating with Children: Principles and Practices, to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal.* New York: UNICEF.

_____ (2013). *Children and Young People with Disabilities: Fact Sheet*. New York: UNICEF.

_____ (2014). Adolescents and Youth: Humanitarian Situations. Disponible en: https://www.unicef.org/adolescence/index_40442.html. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2016). *Adolescents Living with HIV: Developing and Strengthening Care and Support Services*. Geneva: UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEECIS).

_____(2017). *El Estado Mundial de la Infancia 2017: Niños en un Mundo Digital.* París: UNICEF.

_____ (2018). Child Marriage. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/. Accesado en octubre de 2019.

UNICEF, UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), UNFPA, ILO, y OSRSG/VAC (Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children). (2013). *Breaking the Silence on Violence against Indigenous Girls, Adolescents and Young Women: A Call to Action Based on an Overview of Existing Evidence from Africa, Asia Pacific and Latin America*. New York: UNICEF.

UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). (2017). World Humanitarian Data and Trends 2017. Disponible en: http://interactive.unocha.org/publication /datatrends2017/. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2018). Panorama Global Humanitario 2018. Disponible en: https://interactive.unocha .org/publication/globalhumanitarianoverview/. Accesado en octubre de 2020.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2006). *Manual for the Measurement of Juvenile Justice Indicators*. Vienna: UNODC.

_____ (2018). *Informe Mundial de Drogas 2018, Vol. 1*: *Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas*. Viena: UNODC.

UNODC, INPUD (International Network of People Who Use Drugs), UNAIDS, UNDP, UNFPA, WHO, y USAID (United States Agency for International Development). (2017). *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions.* Vienna: UNODC.

United Nations. (1985). *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (the "Beijing Rules").* A/RES/40/33. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/beijingrules.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____ (1995). *Report of the International Conference on Population and Development*. A/CONF.171113/Rev.1. New York: United Nations. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/27/SupportingDocuments/A_CONF.171_13_Rev.1.pdf. Accesado en octubre de 2019.

_____(2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Serie de Tratados, 2515, 3. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf. Accesado en octubre de 2020.

_____ (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.* Resolución adoptada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007. A/RES/61/295. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/declaration-on-the-rights-of-indigenous- peoples.html. Accesado en octubre de 2020.

_____ (2011) *Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre las Leyes y Prácticas Discriminatorias y Actos de Violencia Cometidos contra Personas por su Orientación Sexual e Identidad de Género.* A/HRC/19/41. Nueva York: Naciones Unidas.

_____ (2013). *Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Juan E. Méndez.* A/HRC/22/53. Nueva York: Naciones Unidas.

_____(2014). *Informe de la Reunión del Grupo Internacional de Expertos sobre el Tema "Salud Sexual y Derechos Reproductivos: Artículos 21, 22 (1), 23 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas"*. E/C.19/2014/8. Nueva York: Naciones Unidas.

_____ (2015). *Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, Resolución adoptada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015, A/RES/70/1. Disponible en: https://undocs.org/es/A/RES/70/1 Accesado en octubre de 2020.

_____ (2017*). Informe del Relator Especial sobre la Salud y los Derechos en Materia Sexual y Reproductiva de las Niñas y las Jóvenes con Discapacidad*. A/72/133. Nueva York: Naciones Unidas.

USA for UNHCR. (2018). Myths & Facts: Where Do Refugees Live? Disponible en: https://www.unrefugees.org/news/myths-facts-where-do-refugees-live/. Accesado en octubre de 2019.

Vanwesenbeeck, Ine, et al. (2016). Lessons learned from a decade implementing Comprehensive Sexuality Education in resource poor settings: *The World Starts With Me*. *Sex Education*, vol. 16, No. 5, pp. 471-86.

Verma, Ravi et al. (2008). *Promoting Gender Equity as a Strategy to Reduce HIV Risk and Gender-Based Violence among Young Men in India. Horizons Final Report.* Washington, D.C.: Population Council.

Villa-Torres, Laura, y Joar Svanemyr. (2015). Ensuring youth's right to participation and promotion of youth leadership in the development of sexual and reproductive health policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, S51-S57.

Villarruel, Antonia M. et al. (2008). A parent-adolescent intervention to increase sexual risk communication: results of a randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention*, vol. 20, No. 5, pp. 371-83.

_____(2010). Examining long-term effects of Cuídate – a sexual risk reduction programme in Mexican youth. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 27, No. 5, pp. 345-51.

Visser, Kirsten et al. (2015). Study protocol: a randomized controlled trial investigating the effects of a psychosexual training programme for adolescents with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry*, vol. 15, 207. doi: 10.1186/s12888-015-0586-7.

_____ (2017). A randomized controlled trial to examine the effects of the Tackling Teenage psychosexual training program for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 58, No. 7, 840-50.

Walker-Hirsch, Leslie, y Marklyn P. Champagne. (1991). The Circles concept: social competence in special education. *Educational Leadership*, vol. 49, No. 1, pp. 65-67.

Warren, Emily et al. (2015). Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. *BMJ Open*, vol. 5, e008226. doi: 10.1136/ bmjopen-2015-008226.

Wazakili, Margaret. (2010) Sexuality education in HIV and AIDS prevention: the case of disabled young people in Nyanga, South Africa, in *Sexuality Education and Attitudes,* Jovan Stanovic and Milo Lalic, eds. E-book: NOVA Publishers.

WHO (World Health Organization). (2007a). *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. Geneva: WHO.

_____ (2007b). *Health of Indigenous Peoples. Fact Sheet*. Disponible en: https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/factsheet-indigenous-healthn-nov2007-eng.pdf?ua=1. Accesado en octubre de 2019.

_____ (2007c). *Helping Parents in Developing Countries Improve Adolescents' Health.* Geneva: WHO.

_____ (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/. Accesado en octubre de 2020.

_____ (2013a). *HIV and Adolescents: Guidance for HIV Testing and Counselling and Care for Adolescents Living with HIV*. Geneva: WHO.

_____ (2013b). *The MAPS Toolkit: mHealth Assessment and Planning for Scale.* Geneva: WHO.

_____ (2014). *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO.* Geneva: WHO.

_____ (2015). *Normas Mundiales para Mejorar la Calidad de los Servicios de Atención de Salud de los Adolescentes.* Ginebra: OMS.

_____ (2016a). *Directrices Unificadas sobre Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Atención de la Infección por el VIH para Grupos de Población Clave – Actualización 2016*. Ginebra: OMS.

_____ (2016b). *Pérdida de Audición en la Niñez: ¡Qué Hacer para Actuar de Inmediato!* Ginebra: OMS.

_____ (2017a). *Aceleración Mundial de las Medidas para Promover la Salud de los Adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la Aplicación en los Países – Resumen*. Ginebra: OMS.

_____ (2017b). *Guía Consolidada sobre la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres que Viven con VIH.* Ginebra: OMS.

_____ (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes.* Ginebra: OMS.

_____ (2019). El VIH y los Jóvenes. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/es/ Accesado en octubre de 2020.

WHO, UNODC, y UNAIDS. (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission.* Geneva: WHO.

WHO, y UNFPA. (2009). *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA Guidance Note.* Geneva: WHO.

WHO Regional Office for Europe and BZga. (2010). Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. Geneva: WHO.

WHO, UNFPA, UNHCR, NSWP, World Bank, INPUD (International Network of People who Use Drugs), UNDP, UNESCO, UNODC, MSMGF (Global Forum on MSM and HIV), UNAIDS, HIV Young Leaders Fund, ILO, and UNICEF. (2015a). *HIV and Young People Who Sell Sex: Technical Brief*. Geneva: WHO.

WHO, UNFPA, UNHCR, NSWP, World Bank, INPUD (International Network of People who Use Drugs), UNDP, UNESCO, UNODC, MSMGF (Global Forum on MSM and HIV), UNAIDS, HIV Young Leaders Fund, ILO, y UNICEF. (2015b). *HIV and Young People Who Inject Drugs: Technical Brief*. Geneva: WHO.

Wight, Daniel, y Deidre Fullerton, D. (2013). A review of interventions with parents to promote the sexual health of their children. *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, No. 1, pp. 4-27.

Wight, Daniel, Mary Plummer, y David Ross. (2012). The need to promote behaviour change at the cultural level: one factor explaining the limited impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. A process evaluation. *BMC Public Health*, vol. 12, 788. doi: 10.1186/1471-2458-12-788.

Wild, Tiffany A. et al. (2014). Adults with visual impairments report on their sex education experiences. *Journal of Blindness Innovation & Research*, vol. 4, No. 2. Disponible en: https://www.nfb.org/images/nfb/publications/jbir/jbir14/jbir040202.html. Accesado en octubre de 2019.

Winter, Sam et al. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, vol. 388, No. 10042, pp. 390-400.

WRC (Women's Refugee Commission). (2013). *Scattered Dreams, Broken Promises: An Assessment of the Links between Girls' Empowerment and Gender-Based Violence in the Kyaka II Refugee Settlement, Uganda*. New York: WRC.

_____ (2016). *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-based Violence.* New York: WRC.

WRC, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Adolescent Reproductive Health Network (ARHN), International Medical Corps (IMC), Save the Children, y AUB. (2014). *Very Young Adolescents in Humanitarian Settings: Examining the Sexual and Reproductive Health Needs and Risks of Girls and Boys Aged 10-14 in Ethiopia, Lebanon and Thailand*. Disponible en: https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/very-young-adolescents-in-humanitarian-settings-examining-the-sexual-and-reproductive-health-needs-and-risks/. Accesado en octubre de 2019.

WRC, Save the Children, y UNHCR. (2013). *Case Study: Adolescent Sexual and Reproductive Health*

Programming in Goma, Democratic Republic of the Congo. Disponible en: https://www.unhcr.org/protection/health/535f5dfb9/case-study-adolescent-sexual-reproductive-health-programming-goma-democratic.html. Accesado en octubre de 2019.

WRC, Save the Children, UNHCR, y UNFPA. (2012). *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. New York: WRC. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf. Accesado en octubre de 2019.

World YWCA. (sin fecha). *YWCA Safe Spaces for Women and Girls: A Global Model for Change.* Geneva: World YWCA.

Zukowsky-Tavares, Christina, et al. (2017). Experience in health education on sexuality with institutionalized adolescents. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 30, No. 1, pp. 135-40.

****

Todas las fotografías: © UNFPA

www.unfpa.org