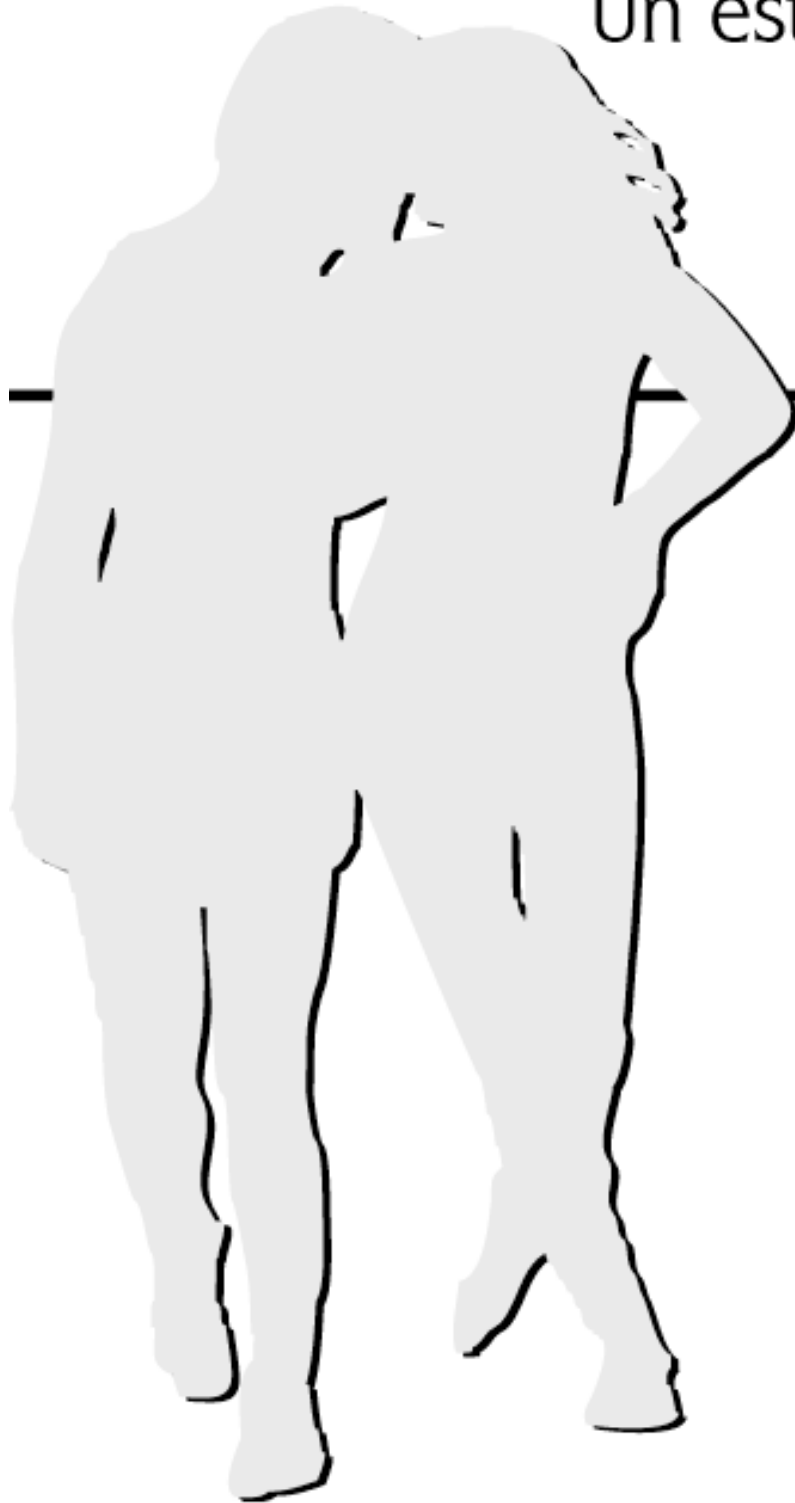


SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Un estudio sobre sus
conocimientos,
actitudes y
prácticas



**ZONA RURAL
GUATUSO**

Autores:

Julieta Rodríguez Rojas

Carlos Garita Arce

Mynor Sequeira Solano

Marco Díaz Alvarado



COSTA RICA

Copyright © PAIA - PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
1999.

Las publicaciones del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, a condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción hay que formular las correspondientes solicitudes a: Programa de Atención Integral de la Adolescencia (PAIA), Apartado Postal 1434-1011, San José, Costa Rica; Teléfonos (506) 295-2299, 295-2369, 223-8948, Fax (506) 223-5992; E-mail: medprev@info.ccss.sa.cr , solicitudes que serán bien acogidas.

Créditos

Autores:

Julieta Rodríguez Rojas
Carlos Garita Arce
Mynor Sequeira Solano
Marco Díaz Alvarado

Asistencia técnica:

Ofelia Quirós Araya
Flor Portuguez Calderón
Lorena Guzmán Torres

Edición:

Ofelia Quirós Araya
Flor Portuguez Calderón

Revisión de estilo:

Seidy Salas Víquez

Agosto, 1999

San José Costa Rica

Nuestro agradecimiento al Dr. Gustavo Zeledón D., Director del Área de Salud de Guatuso, a la Licda. Mayela Lobo, Coordinadora de Área del PAIA, al personal que colaboró con las actividades del diagnóstico y muy especialmente a los y las adolescentes que compartieron sus experiencias y brindaron la información que hizo posible esta investigación.

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), no implican juicio alguno por parte de esta entidad sobre la condición jurídica de ninguna de las entidades, organizaciones, agrupaciones o países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras. La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) las avale.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implica aprobación alguna por parte del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), y el hecho de que no se mencionen firmas, procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Diseño de portada y diagramación por Roberto y Roxana de Burgos, San José, Costa Rica
(506) 253-1143 / Apdo 711-2300 Costa Rica / rburgoss@sol.raesa.co.cr

IMPRESO EN COSTA RICA - SETIEMBRE 1999

CONTENIDO

	Página
PRESENTACIÓN	5
CAPÍTULO PRIMERO	
PROYECTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES	9
I. Aspectos Generales	9
II. Líneas estratégicas y metas	10
1. Funcionamiento en subredes	10
2. Información, educación y comunicación	10
3. Capacitación	10
4. Atención y promoción de la salud de la población adolescente	11
5. Coordinación interinstitucional.	11
III. Justificación	11
IV. Objetivo de desarrollo	12
CAPÍTULO SEGUNDO	
DIAGNÓSTICO	15
I. Objetivo General del Diagnóstico	15
II. Fundamentos teóricos	15
1. Concepción de la Adolescencia	15
2. Construcción de las identidades de género	16
3. Construcción de las identidades sexuales	17
4. Maternidad y paternidad adolescente	17
5. Construcción de un proyecto de vida	18
6. Salud sexual y reproductiva	18
III. Estrategia metodológica	20
1. Las situaciones investigadas	20
2. Técnicas de recolección de información	21
3. Sistematización y análisis de la información	23
IV. Criterios éticos	23
V. Limitaciones de la investigación	24

CAPÍTULO TERCERO**RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO** 29

I. Acerca del cantón de Guatuso 29

II. Situaciones de riesgo de la población adolescente 33

III. Acerca de la población adolescente que participó en los grupos focales 34

IV. Acerca de la población adolescente usuaria de los servicios de salud 35

V. Análisis de la información de los grupos focales 41

1. Acerca de los patrones de socialización diferenciados por género 41

2. Acerca de la sexualidad 52

3. Acerca de la salud sexual y reproductiva 56

4. Acerca de la maternidad 60

CAPÍTULO CUARTO**RECOMENDACIONES** 67**BIBLIOGRAFÍA** 75**ANEXOS**ANEXO 1. Boleta de información para adolescentes
integrantes de grupos focales 81ANEXO 2. Boleta de información para la población adolescente
usuaria de los servicios de salud 83

ANEXO 3. Guías de discusión para los Grupos Focales 87

ANEXO 4. Entrevista a informantes claves. “Situaciones de Riesgo
para la Población Adolescente de la Comunidad” 89

ANEXO 5. Lista de personas entrevistadas 90

ANEXO 6. Lista de colaboradoras y colaboradores de las
actividades del diagnóstico comunal 91

PRESENTACIÓN

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la CCSS, ha venido luchando por que se le brinde atención integral en salud a los y las adolescentes costarricenses, sin distintos de raza, credo, religión, nacionalidad, y con enfoque de género, a todo lo ancho y largo de Costa Rica, utilizando para ello la infraestructura y el gran equipo humano de la Seguridad Social costarricense.

Desde sus inicios hace ya diez años, considero además, que dentro de esta salud integral, la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes se constituía en una área prioritaria de atención, adelantándose así a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo 1994, que se refiere específicamente a los adolescentes en el punto E, del Cap. VII y señala: “La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes, debería basarse en la información que ayude a estos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular deberían facilitarse a los y las adolescentes información y servicios que les ayuden a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad”.

Es así como posteriormente a la cumbre del Cairo se han enfatizado los esfuerzos para hacer los servicios de salud más accesibles y amigables a los y las adolescentes. A su vez los procesos de Reforma del Sector Salud ejecutándose en Costa Rica que hacen énfasis en la importancia de la promoción de la salud, de la participación social, y de la atención primaria, como obligaciones prioritarias de la CCSS, la cual cubre a toda la población costarricense, se constituyen en oportunidades nuevas, para llegar a los y las jóvenes y sus necesidades.

Podrían sin embargo afrontarse también nuevos obstáculos, como por ejemplo funcionarios y funcionarias claves de la Reforma Institucional y del Sector, como son los asistentes técnicos de atención primaria, que visitan todas las familias costarricenses, sin tener los suficientes conocimientos y herramientas sobre adolescencia y sexualidad, para trabajar con los y las jóvenes en sus comunidades.

Se hacía así preciso una redefinición estratégica de nuestro Programa denominado PAIA, para que tomando en cuenta la nueva estructura organizativa de los servicios de salud, que parten de las áreas de salud concordantes con los cantones, hasta el máximo nivel de complejidad, conformado por los Hospitales Nacionales, se diseñasen acciones específicas y creasen

los espacios adecuados para responder a las necesidades de atención integral de nuestros adolescentes.

Para ser certeros en este diseño se necesitaba partir de las necesidades reales y sentidas de las y los jóvenes, para lo cual se hizo el diseño metodológico de una investigación cuantitativa que ejecutamos en tres áreas de salud.

Hoy gracias al apoyo de muchos compañeros y compañeras de dichas áreas, de los niveles regionales, de hospitales etc. podemos presentar a ustedes el resultado de estas investigaciones.

Estos resultados que nos hablan de los miedos, temores y sufrimientos de diferentes grupos de adolescentes, algunos de ellos muy postergados, representan el invaluable insumo para la segunda parte del proyecto, que ejecutamos gracias al apoyo técnico y financiero del UNFPA; la definición de estrategias de acción.

Por lo tanto, la presente publicación es la expresión de un proceso investigativo, donde se utilizaron diferentes técnicas para indagar sobre la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes costarricenses (hombres y mujeres), lográndose resultados bastante interesantes, que reflejan el trabajo de investigadores que se tomaron muy en serio la tarea de conocer sobre los diferentes componentes que forman la temática de la Salud Sexual y Reproductiva, así como de analizar en detalle el significado psicosocial de cada uno de ellos.

Esperamos que estos resultados nos estimulen a todos y todas a continuar luchando por que se cumplan los derechos de nuestros adolescentes.

Nuestro imperecedero agradecimiento al UNFPA por permitirnos vivir esta experiencia.

Atentamente,

Dra. Julieta Rodríguez Rojas

DIRECTORA

PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO PRIMERO

PROYECTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

CAPÍTULO PRIMERO

PROYECTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

I. ASPECTOS GENERALES

El Proyecto “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes” es financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y ejecutado por el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

En líneas generales, el PAIA plantea un enfoque de atención integral a la adolescencia desde la perspectiva de la prevención. A la vez, el Programa trabaja en la redefinición de estrategias e instrumentos que articulen dicha atención en los tres niveles de atención de la CCSS ¹.

El Proyecto “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes”, según se estipula en el documento del mismo, se enmarca en los ejes de cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas:

“Las características de la transición demográfica en Costa Rica, la reforma del Estado, el peso de la población adolescente y el valor estratégico de la atención en su salud sexual y reproductiva

para el desarrollo de la población”.

En este sentido, el Proyecto pretende apoyar la inserción efectiva del PAIA en el modelo de reforma del Sector Salud, a partir de la redefinición de la atención integral a la población adolescente con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Al mismo tiempo, el Proyecto se enfoca hacia el cumplimiento de los Compromisos de Gestión, que estipulan dos prioridades con respecto a esa población: “Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva” y “Atención integral”. Estos compromisos buscan mejorar la eficiencia y la calidad de la atención, al tiempo que se evalúa el impacto de las acciones ejecutadas por trabajadores y trabajadoras del sistema de salud.

Para lograr sus objetivos, el Proyecto contempla el desarrollo de un Plan Piloto de atención integral de la salud sexual y reproductiva de la adolescencia, a ejecutarse en tres subredes, previo a su implementación en todo el territorio nacional.

En este capítulo se presenta el proyecto marco dentro del cual se realiza la investigación sobre sexualidad adolescente.

1- Los niveles de atención de la CCSS son: 1° Nivel: EBAIS y Clínica de Área, atención integral e integrada. 2° Nivel: Hospitales Regionales, atención ambulatoria e internamiento. 3° Nivel: Hospitales Nacionales, atención de mayor complejidad, ambulatoria e internamiento.

II. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y METAS

El documento del Proyecto plantea cinco líneas estratégicas principales, que se desarrollarán a lo largo de tres años de ejecución, en el período comprendido entre 1998 y el año 2001.

1. Funcionamiento en subredes

Se entiende por subred la relación que debe existir entre los diversos niveles de atención en un área geográfica específica, los cuales deben articular sus acciones, según su grado de complejidad, de manera que garanticen la adecuada atención a los y las adolescentes. El trabajo en subredes tiene dentro de sus objetivos el fortalecer los procesos de referencia y contrarreferencia que, tradicionalmente, no funcionan en forma óptima.

Los criterios que orientaron la selección de las comunidades y de las subredes en las que se pondría en práctica el Plan Piloto fueron, fundamentalmente, las posibilidades de fortalecer la atención integral de la población adolescente en los tres niveles de atención y la escogencia de cantones prioritarios por sus condiciones socioeconómicas y su alto índice de adolescentes fuera del sistema educativo formal (que se considera, intrínsecamente una condición de alto riesgo). En el caso de las subredes, se consideró también la eva-

Antecedentes del Programa de Atención Integral a la Adolescencia

Antes de 1988. La Caja Costarricense del Seguro Social no ofrecía atención especializada para adolescentes.

1988. El Dr. Guido Miranda constituye la “Comisión Asesora de la Presidencia Ejecutiva en Adolescencia”. Su objetivo fue realizar un diagnóstico sobre la situación de la población adolescente. El diagnóstico demostró problemas específicos, y recomendó crear un programa de atención para esta población.

1989. Creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), bajo la dirección de la Dra. Julieta Rodríguez.

1998. Inicia el Proyecto “Salud Sexual y Salud Reproductiva para Adolescentes”, bajo la dirección de la Dra. Julieta Rodríguez.

luación del impacto de los Compromisos de Gestión.

Las subredes elegidas fueron las siguientes:

Subred de la Región Central Norte: Área de Salud Santa Bárbara de Heredia, Hospital de Heredia y Hospital México.

Subred de la Región Brunca: Área de Salud de Golfito, Hospital Escalante Pradilla y Hospital San Juan de Dios.

Subred de la Región Huetar Norte: Área de Salud de Guatuso, Hospital de San Carlos y Hospital México.

2. Información, educación y comunicación

La meta de esta línea es implementar un sistema moderno y actualizado de recolección de información sobre la población adolescente, que permita contar con los insumos necesarios para elaborar estrategias de educación y comunicación.

3. Capacitación

En este aspecto se pretende que los trabajadores y las trabajadoras de la salud tengan suficientes conocimientos sobre el período de la adolescencia y sobre diversas estrategias de abordaje de esa población, para asegurar su adecuada atención

y su participación como principales protagonistas de los procesos de cambio.

4. Atención y promoción de la salud de la población adolescente

Dentro de las bases programáticas del PAIA, que plantean la misión de brindar una atención diferenciada e integral a adolescentes, sin distinción o discriminación alguna; esta estrategia pretende:

Fortalecer la participación de equipos interdisciplinarios que promuevan la participación social y el protagonismo adolescente.

Identificar los grupos prioritarios de adolescentes.

Implementar el enfoque de género.

Implementar un enfoque integral de atención a la salud adolescente.

5. Coordinación interinstitucional

Por su carácter integral e integrador, el Proyecto contempla la coordinación con instituciones gubernamentales, comunales y organizaciones no gubernamentales que apoyan los esfuerzos y estrategias que se realizan para mejorar la calidad de vida, la salud y el ejercicio de los derechos humanos de la población adolescente.

Las metas programadas en cada una de las líneas estratégicas, se trabajarán mediante componentes. Las más importantes se enuncian a continuación:

Identificación de necesidades en localidades seleccionadas para la ejecución del Plan Piloto.

Revisión de los instrumentos de recolección de la información y del sistema de información para la atención de la población adolescente.

Revisión del sistema de referencia y contrarreferencia.

Validación conceptual y práctica de la redefinición estratégica, de la reestructuración organizativa, de la propuesta de información y del sistema de referencia y contrarreferencia en la atención integral de adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Participación de actores sociales involucrados en actividades de atención integral en salud sexual y reproductiva.

Coordinación con otras instituciones gubernamentales.

Seguimiento y evaluación del Plan Piloto de readecuación de la atención en salud sexual y reproductiva del PAIA.

Participación protagónica de la población adolescente en los procesos de construcción de su propia salud.

III. JUSTIFICACIÓN

Si bien Costa Rica ha cumplido las metas cualitativas establecidas en la Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), en términos de equidad social, la transición demográfica

fica está inconclusa. Prueba de ello es que, entre la población adolescente, la fecundidad se ha modificado poco: un 19% de nacimientos se producen en madres de 20 años, mientras que el 10% de las jóvenes entre 15 y 19 años se embaraza cada año.

Desde otra perspectiva, se detectan problemas de violencia sexual, trabajo femenino de doble jornada y un panorama educativo y laboral muy negativo para la población adolescente. A esto se suma el aumento de la perspectiva media de vida, la reducción de tasa de nupcialidad y el hecho que la población adolescente actual es producto de la segunda explosión demográfica, ocurrida entre 1975 y 1985.

Los factores señalados afectan la atención en salud sexual y reproductiva de la población adolescente, que vive su sexualidad tempranamente y bajo muchas situaciones de riesgo social. También evidencian que los aspectos socioeconómicos y culturales afectan directamente a esta población, restringiendo su incorporación al desarrollo y a los beneficios y derechos del mismo.

Esta situación determina una mayor vulnerabilidad biológica, social, económica y cultural del sector adolescente, que se refleja en sus actitudes, comportamientos y prácticas en el campo de la sexuali-

dad, la salud sexual, la salud reproductiva y las dificultades en el acceso a los servicios que el Estado Costarricense les ofrece.

IV. OBJETIVO DE DESARROLLO

El proyecto plantea como objetivo de desarrollo:

La promoción de la incorporación plena de la población adolescente al desarrollo nacional, mediante la facilitación de actitudes y prácticas sanas en salud sexual y salud reproductiva.

El presente documento, que sistematiza el trabajo de diagnóstico realizado en el cantón de Guatuso, es parte de las actividades programadas para alcanzar ese objetivo.

Los diagnósticos, que también se realizaron en Santa Bárbara de Heredia y en Golfito, indagan sobre la incidencia de los patrones de socialización en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población adolescente en lo referente a salud sexual, salud reproductiva y maternidad, así como sobre las percepciones de los servicios de salud y el acceso real a estos.

CAPÍTULO SEGUNDO

DIAGNÓSTICO

CAPÍTULO SEGUNDO

DIAGNÓSTICO

I. OBJETIVO GENERAL DEL DIAGNÓSTICO

Establecer el “Estado de la Cuestión” en materia de salud sexual y de salud reproductiva de la población adolescente y en materia de la atención integral que le brinda la Caja Costarricense del Seguro Social, en las tres comunidades seleccionadas.

Con base en los resultados del diagnóstico se planteará una redefinición estratégica y una reestructuración organizativa de los servicios de salud, para mejorar su atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva.

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Las premisas necesarias para realizar esta investigación se relacionan con conceptos derivados del reconocimiento de la adolescencia como una etapa dentro del desarrollo humano. Considerar aspectos tales como el enfoque de género y los procesos de construcción de las identidades genéricas, permite contextualizar e interpretar la situación de los y las adolescentes en torno a la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva.

1. Concepción de la Adolescencia

Reconocida culturalmente en las sociedades modernas, la adolescencia es una etapa de la vida con características diferentes a la niñez y a la adultez. Es difícil determinar las edades exactas de su inicio y finalización, pues éstas varían según el contexto socioeconómico y cultural. Aunque se puede hablar de características generales de la adolescencia, actualmente se habla de “adolescencias”, ya que presentan rituales, proyectos de vida y manifestaciones propias en cada grupo social.

“...se evidencian cambios importantes tanto en el área biológica y fisiológica. Al modificarse la estructura corpórea, resurgen los impulsos sexuales y se produce una mayor capacidad cognoscitiva y una expansión del contexto de las interacciones sociales”. (Guzmán, 1997:15).

Al igual que otras jerarquizaciones sociales, los grupos etarios representan una variable de segmentación de la población². En términos generales, durante la adolescencia los grupos se encuentran expuestos a la violación de sus derechos, a no ser escuchados, a no tener legitimidad como grupo social y a no participar en la toma

2- Para los efectos del PAIA, y en general del Sector Salud, la adolescencia se ubica en el grupo etario comprendido entre los 10 y los 19 años, 11 meses inclusive.

de decisiones. Estas situaciones son comunes en sociedades caracterizadas por el adultocentrismo, donde las personas adultas dominan sobre los demás grupos etarios.

Dentro de este contexto, y en el marco de la concepción de que los y las jóvenes son los “adultos del mañana”, se les despoja de la posibilidad de incidir en su presente, de construir en esta etapa proyectos de vida autónomos y de decidir, con sus propias representaciones y visiones del mundo, sobre las políticas y proyectos dirigidos a ellos y ellas mismas.

“ La adolescencia no puede considerarse como un fenómeno de naturaleza fija e inmutable, sino que, como todo estadio del desarrollo humano, es un producto de circunstancias históricas [...]. Durante mucho tiempo se enfatizó que la adolescencia era una fase universal de agitación e inestabilidad crítica del ser humano que precedían su ingreso en la edad adulta [...]. La adolescencia como el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y planearse un proyecto de vida propio”. (Krauskopf 1997: 21-23).

En este sentido, el trabajo con y para los y las adolescentes plantea el reto de combinar el plano personal con el social, debe buscar su desarrollo integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

2. Construcción de las identidades de género

El conjunto de cualidades y características esenciales que definen a los hombres y mujeres como seres sociales y culturales es lo que determina la condición de género. Es en el proceso de socialización donde se construyen las identidades de género, a través de las cuales se aprende a ser hombre y a ser mujer, a asumir roles y actitudes que se consideran propias para cada género y a interpretarse a sí mismos según dichos parámetros.

Las relaciones entre ambos sexos se basan tradicionalmente en parámetros desiguales, otorgando más valor a lo considerado masculino sobre lo femenino. La condición de lo femenino representa el ser de y para otros. Lo que implica que las mujeres deben siempre estar a cargo del cuidado de otras personas, quedando ellas en su individualidad, como últimas en la lista de necesidades y deseos.

La relación de dependencia de otras personas es constante en la vida de las mujeres. Su paso por la etapa adolescente podría significar la posibilidad de alcanzar la independencia del hogar nuclear, pero también el paso a la dependencia de un compañero proveedor, situación en la cual la maternidad juega un papel primordial.

La condición de género determina la vulnerabilidad de este sector de la población adolescente ante ciertas situaciones de riesgo social: baja escolaridad, dificultades de acceso al trabajo, embarazos no deseados, violencia y abuso sexual.

“La condición de género se convierte entonces en el principal factor de riesgo para que las mujeres se embaracen tempranamente”. (Guzmán, 1997:21).

En contraposición la construcción de la masculinidad se da en oposición y negación de lo femenino. Lo masculino representa vivir el tiempo presente sin postergaciones. A los hombres se les asigna poder para influir en el mundo que los rodea, poder que ejercen cotidianamente en diferentes espacios de la vida. La identidad masculina limita su desarrollo integral al excluir de su espacio vital la dimensión afectiva y exigir la constante reafirmación y demostración de su virilidad, mediante patrones de relaciones competitivas y agresivas.

3. Construcción de las identidades sexuales

La identidad sexual se construye en forma diferente para los hombres y para las mujeres, la diferencia se sustenta en las relaciones de poder-subordinación entre los géneros. Estas relaciones asimétricas determinan que en la vivencia de la sexualidad, el papel activo acompañado de placer sexual le corresponda a los hombres y el papel pasivo y reproductivo le corresponda a las mujeres. Se fomenta una escisión entre las mujeres que disfrutan del placer, con estereotipos de “malas” y las mujeres “buenas” como sinónimo de vírgenes o madres.

A los hombres y a las mujeres no se les educa para conocer su sexualidad, entender sus necesidades y vivirla de manera sana, responsable y segura.

4. Maternidad y paternidad adolescente

La maternidad y la paternidad son fuentes de identidad femenina y masculina que se viven en forma diferenciada en nuestra sociedad.

En el caso de las mujeres, la forma de cumplir con la esencia de lo femenino es hacerse cargo de otras personas; en la familia nuclear se hacen cargo del cuidado y atención de padres, hermanos y hermanas; mientras que en su proyecto de vida como adultas, contemplan el hacerse cargo del esposo o compañero y de los hijos e hijas.

En el caso de los hombres, el ejercicio de su sexualidad y la posibilidad de ser progenitores, es también fuente de identidad masculina. Cuando asumen la paternidad, ésta es equivalente a ser proveedores de bienes y protectores de la familia. En su proyecto de vida como adultos, se contemplan actividades relacionadas con el éxito y la posibilidad de cumplir con estos roles.

“La paternidad está contenida en la identidad masculina, sin embargo no es parte fundamental de ella. Es posible no asumir las funciones de padre sin que esto implique necesariamente cuestionar la virilidad del individuo”. (Calderón y Muñoz, 1998:47).

Actualmente la figura del hombre proveedor de bienes materiales para la pareja y la familia, resulta inalcanzable para muchos jóvenes; entre otras razones por la contracción de las fuentes de trabajo así como por las limitaciones económicas y educativas.

La idealización de la maternidad, las relaciones abusivas entre los géneros, las limitaciones para construir proyectos de vida, la baja escolaridad y la desinformación en salud sexual y salud reproductiva, son factores que adelantan las relaciones sexuales y están asociados a mayores tasas de fecundidad y embarazos tempranos.

Según el informe del mes de julio de 1999, presentado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF y la Maestría de Estudios de la Mujer UCR-UNA, se califica como crítica la situación de la fecundidad en adolescentes: de cada 1000 niñas, entre los 10 y 14 años, 3 son madres y entre los 15 y 19 años, 87 son madres. (La Nación, 7 agosto de 1999).

5. Construcción de un proyecto de vida

Es en la adolescencia donde con mayor fuerza se construye un proyecto, que va a permear todo el proceso de vida en el ser humano. Esto no significa tomar en cuenta, únicamente, el aspecto de elección vocacional, sino también los aspectos relacionados con la constitución familiar, la definición de la orientación sexual, las aspiraciones en lo económico, lo político y el ejercicio de la sexualidad, entre otros.

Para la construcción del proyecto de vida se requiere de un entorno favorable al desarrollo de las oportunidades educativas y laborales. Estas oportunidades son limitadas y se agravan en el caso de comunidades rurales y marginales, donde es más restringido el acceso a los servicios de salud, a la educación y al empleo. En

estas zonas las poblaciones adolescentes que representan importantes porcentajes de la población total, no encuentran opciones para construir su futuro. Una de las mayores vulnerabilidades en la adolescencia nace del desencuentro entre sueños, aspiraciones y posibilidades reales. En muchas ocasiones, sobre todo para las adolescentes, la oportunidad de tener algo propio, se puede concretar solo a través de un hijo o de una hija. El caso de las madres adolescentes en condiciones de pobreza representa una de las situaciones más extremas de exposición a situaciones de riesgo.

Por otra parte, la construcción de un proyecto de vida independiente, hace factible el desarrollo integral de las y los jóvenes y suele asociarse con la posibilidad de obtención de un trabajo bien remunerado y la postergación de la paternidad y la maternidad.

6. Salud sexual y reproductiva

En la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo (1994), se dieron los principales lineamientos sobre derechos reproductivos, salud reproductiva y relaciones entre los sexos, los cuales deben tomarse en cuenta en las políticas públicas y planes nacionales en la esfera de la salud sexual y reproductiva.

Sobre relaciones entre los sexos, la Conferencia Internacional reconoce:

“... la relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto a la integridad física

del cuerpo humano que exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal y las consecuencias de la conducta sexual”. (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: 1994, 43).

“La salud sexual para su plena atención implica la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”. (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: 1994, 42).

Los documentos de la Conferencia conceptualizan la salud reproductiva como:

“...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: 1994, 41).

A partir de esta definición, se identifican como derechos reproductivos:

“El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a dis-

poner de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”. (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: 1994, 42).

En la práctica, estas concepciones de salud sexual y salud reproductiva y el ejercicio de los derechos, se enfrentan a limitaciones genéricas, sociales, económicas y culturales. Esta situación se agrava en los grupos sociales más expuestos, como la población adolescente.

Para hacer efectivos estos derechos, en todos los sectores de la población, además de los cambios socioeconómicos necesarios, se requieren cambios de actitudes y de patrones de socialización; principalmente en la infancia y en la adolescencia.

En la Conferencia se reconoce a la población adolescente, como un grupo que presenta características particulares que requieren una atención específica:

“...deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación”. (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: 1994, 51).

Los cambios propuestos deben darse en diferentes niveles, desde las políticas nacionales hasta la actitud de los padres y madres; así como de las familias y demás personas involucradas en programas o proyectos dirigidos a la población adolescente.

En este marco, el fortalecimiento del protagonismo y de la capacidad de toma de decisiones de los y las adolescentes tanto en sus familias, como en las instituciones que trabajan directamente con esta población, es fundamental.

III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para la realización del presente diagnóstico, se parte de una concepción de la realidad social como unitaria, en la cual se seleccionaron problemas específicos, en este caso, el estado de la salud sexual y la salud reproductiva de la población adolescente; por considerarse que esta problemática, particularmente relevante en la adolescencia, no recibe la atención adecuada que impacte en el desarrollo de las otras etapas de la vida.

El enfoque de género, que fue utilizado como herramienta fundamental de análisis, permitió comprender el papel que juegan la cultura y la socialización diferenciada por sexo, en la adopción de conocimientos actitudes y prácticas relacionadas con la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva.

Los instrumentos de recolección de información se definieron tomando en cuenta la complementariedad de la información cuantitativa y cualitativa. La in-

formación cuantitativa sirvió para establecer caracterizaciones sociodemográficas de la población participante en los grupos focales y de la población usuaria de los servicios de salud; así como para aspectos generales de las distintas comunidades. La información cualitativa sirvió para discutir los ejes de socialización, sexualidad, salud sexual y salud reproductiva mediante la técnica de discusión en grupos focales.

De esta forma en el análisis se integraron los puntos de vista de grupos de adolescentes y se tomaron en cuenta aspectos del contexto sociocultural donde ocurren los hechos que afectan sus vidas y su desarrollo.

La estrategia metodológica del diagnóstico, fue definida en conjunto, por el equipo del Nivel Central del PAIA, representantes de UNFPA, la consultora externa del proyecto encargada de dar seguimiento al proceso y validada por funcionarias y funcionarios representantes de los tres niveles de atención de la subred seleccionada.

1. Las situaciones investigadas

Las situaciones a investigar, se agruparon en los siguientes ejes temáticos:

Situación demográfica.

Trabajo, Escolaridad e Instrucción.

Comunidad.

Socialización.

Sexualidad.

Salud Sexual.

Salud Reproductiva.

Atención en Salud Sexual y Reproductiva.

En todos los ejes temáticos, la información se segregó por sexo.

2. Técnicas de recolección de información

El acercamiento a la población adolescente se hizo a través de diversas técnicas de recolección de información: discusión en grupos focales, boletas para las y los jóvenes participantes en los grupos focales, boletas para la población adolescente usuaria de los servicios de salud, entrevistas a informantes claves y matrices para captar información sociodemográfica y comunal.

2.1 Los Grupos Focales

Los criterios de selección para constituir los Grupos Focales fueron:

Población escolarizada dividida según edad y sexo.

Población no escolarizada dividida según edad y sexo.

Población de madres adolescentes dividida según la existencia o no de pareja.

Bajo estos criterios los grupos se definieron de la siguiente manera:

Grupo N°1

Cinco muchachas y cinco muchachos que cursan la enseñanza primaria, mayores de 10 años.

Grupo N°2

Diez muchachas que cursan la enseñanza secundaria, de 15 a 19 años.

Grupo N°3

Diez muchachos que cursan la enseñanza secundaria, de 15 a 19 años.

Grupo N°4

Cinco muchachas y cinco muchachos no escolarizados de 10 a 14 años.

Grupo N°5

Diez muchachas, no escolarizadas de 15 a 19 años.

Grupo N°6

Diez muchachos, no escolarizados de 15 a 19 años.

Grupo N°7

Cinco madres adolescentes, con sus respectivas parejas.

Grupo N°8

Diez madres adolescentes sin pareja.

Temas de discusión de los Grupos Focales

En los Grupos Focales se discutieron los ejes temáticos sobre Socialización, Sexualidad, Salud Sexual y Salud Reproductiva. Se realizaron tres sesiones por grupo focal para abordar la totalidad de los temas.

En el eje temático “Socialización”, se indagó acerca de los procesos de socialización diferenciados por género, los mi-

tos, las relaciones de poder, los proyectos de vida y las relaciones de pareja.

En el eje temático “Sexualidad”, se recopilaron nociones sobre sexo, sexualidad, relaciones sexuales, fuentes de información; así como sobre su desarrollo, desde aspectos físicos hasta emocionales y sociales.

En el eje temático “Salud Sexual”, se indagó sobre prácticas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, prevención y mitos.

Con respecto al eje temático “Salud Reproductiva”, el diagnóstico investigó sobre métodos anticonceptivos, mitos, prácticas tradicionales y fuentes de información.

Además de los aspectos anteriores, en los grupos de madres adolescentes se indagó sobre la maternidad, los proyectos de vida y la atención durante el embarazo y el parto.

Talleres de capacitación

Previo al trabajo con los Grupos Focales, se llevó a cabo la selección y capacitación del personal de salud y de otras instancias, que se encargarían de facilitar los grupos. La capacitación del personal estuvo a cargo de los funcionarios del Nivel Central del PAIA, y se desarrollaron aspectos teóricos y prácticos de la técnica de Grupos Focales.

Sesiones de discusión de los Grupos Focales

Durante los meses de abril y mayo se realizaron las convocatorias y las sesiones de los Grupos Focales. En esta convocatoria, se contó con el apoyo de los equipos de salud de la CCSS del nivel local, los Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAPS), Trabajadoras Sociales, personal de Enfermería, etc.

En los Grupos Focales realizados en Guatuso, participaron adolescentes de las localidades de Guatuso Centro, Katira, Río Celeste y Palenque Margarita, entre otras.

2.2 Entrevistas

Las situaciones de riesgo de la población adolescente fueron investigadas a través de entrevistas que se hicieron a informantes claves de la comunidad. Para su elección, se tomó en cuenta: presencia, liderazgo, proyección y trayectoria en la comunidad y la vinculación con la población adolescente.

Las situaciones de riesgo en adolescentes (hombres y mujeres), tomadas en cuenta fueron: deserción escolar, desempleo, drogadicción, alcoholismo, violencia doméstica, abuso sexual e incesto, prostitución, embarazo y maternidad.

2.3 Recolección de información sociodemográfica en fuentes secundarias

Los datos demográficos y comunales, segregados por sexo, se agruparon de la siguiente manera:

Ubicación geográfica, superficie territorial y actividades económicas.

Población total, población adolescente, grupos etarios.

Instituciones educativas.

Centros de atención a la salud, deportivos, recreativos y de asistencia social.

Grupos organizados de adolescentes en la comunidad.

2.4 Encuesta a población adolescente usuaria de los servicios de salud

La información sobre la prestación de servicios de salud a la población adolescente, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, se recolectó mediante un instrumento dirigido a los y las adolescentes usuarias de estos servicios. Este instrumento fue administrado en los EBAIS y clínicas de la comunidad.

2.5 Encuestas a participantes de los Grupos Focales

Se diseñó un instrumento para recopilar información sociodemográfica de los y las integrantes de los Grupos Focales. Las encuestas se realizaron a la totalidad de participantes, fueron administradas por la facilitadora o el facilitador del grupo focal al finalizar las sesiones.

3. Sistematización y análisis de la información

La información suministrada por las y los adolescentes en los Grupos Focales fue grabada y transcrita para su posterior sistematización y análisis.

Durante la etapa de análisis se realizó un taller con personal de la subred, que trabajó la información a partir de cuatro categorías: conocimientos, actitudes, prácticas y género. Para esta tarea se tomaron en cuenta criterios de deseabilidad social, grupos de edad, discurso de las y los adolescentes, frases paradigmáticas, mitos, creencias y tabúes.

La información recolectada a través de entrevistas, de boletas y fuentes secundarias fue procesada mediante una base de datos y sistematizada en cuadros.

Los productos de estos análisis constituyen los principales elementos para la propuesta de la redefinición estratégica y organizativa de la atención integral de la población adolescente.

Los resultados fueron socializados y analizados en un taller con representantes de los tres niveles de atención. Los productos del taller constituyen los insumos básicos en la elaboración del presente documento.

IV. CRITERIOS ÉTICOS

El tema de investigación es delicado y de difícil abordaje por su carácter íntimo que puede, sin querer, irrespetar la experiencia de vida de los y las adolescentes, o remover vivencias dolorosas. Para

evitar este tipo de situaciones, se utilizaron los siguientes criterios éticos:

Conocimiento del propósito de la investigación por parte de las y los participantes.

Autorización para utilizar la información entregada (Consentimiento Informado).

Confidencialidad y anonimato del origen de la información.

Respeto al criterio de las y los adolescentes.

Privacidad y ambiente de confianza (dentro de las posibilidades comunales).

Conocimiento y respeto del medio en que viven.

Capacitación a las personas facilitadoras del proceso en el uso de técnicas y en el manejo de situaciones que pudieran presentarse.

V. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La realización de esta investigación se hizo posible gracias al compromiso de las personas que participaron en el desarrollo de la misma y la participación activa de los y las adolescentes de la comunidad y a su disposición para compartir experiencias y opiniones.

Es importante señalar que esta investigación, como toda investigación de orden cualitativo, no pretende ser exhaustiva, ni representativa de la realidad de toda

la población adolescente del país ni de la localidad donde se llevó a cabo. La diversidad social y cultural de esta población es muy amplia y requiere estudios específicos. Aún así, los resultados de la investigación constituyen insumos importantes y válidos para el desarrollo de nuevas estrategias de acción para la comprensión de la salud sexual y la salud reproductiva.

Algunas de las limitaciones encontradas en el proceso de recopilar la información y en la organización de los grupos focales, se evidencian a continuación, con el fin de que sean tomadas en cuenta en los trabajos con población adolescente.

Falta de información estadística, a nivel cantonal, sobre el estado civil de la población adolescente.

Limitaciones de recursos humanos y materiales, sobre todo de transporte para las y los adolescentes participantes en los grupos focales.

Dificultades en la convocatoria de los y las adolescentes no escolarizados o no organizados.

Dificultades para organizar los grupos focales de madres, considerando las necesidades específicas como el cuidado de los hijos e hijas, la lactancia, las horas de trabajo, los horarios de las sesiones, y en algunos casos, hasta la apatía por participar.

En el grupo de parejas adolescentes además de las limitaciones mencionadas, la jornada de trabajo de los muchachos obstaculizó su asistencia.

Los problemas de convocatoria de las y los participantes en los grupos focales incidieron en la composición de algunos grupos, en los cuales, no se pudo cumplir en un 100% con los criterios de selección establecidos.

En algunos casos, el hecho que las personas facilitadoras u observadoras de los grupos focales fueran de sexo contrario a la población participante, incidió en la participación, motivando que las respuestas se dieran desde el deber ser.

El uso del lenguaje inclusivo de parte del equipo facilitador y de las personas que integraron los grupos focales, dificultó la interpretación de la investigación. Por ejemplo, a la pregunta: “¿Se protegen los jóvenes de enfermedades de transmisión

sexual?” una de la respuestas fue “Los jóvenes sí se protegen”. La respuesta no especifica quiénes son “estos jóvenes”. ¿Se trata de hombres o de mujeres?

Es muy importante que las personas que tienen que trabajar con adolescentes reciban capacitación desde el punto de vista teórico y práctico. Además de las estrategias para el manejo de grupos focales, se requiere capacitación para lograr mayor homogeneidad en el desarrollo de la dinámica de los grupos.

Por último, es importante señalar las limitaciones logísticas que, en algunas ocasiones, motivaron la pérdida o retraso de información, por ejemplo el fallo de equipos de grabación o la contratación de locales de reunión inadecuados.

CAPÍTULO TERCERO

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

