

CAPÍTULO TERCERO

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

I. ACERCA DEL CANTÓN DE SANTA BÁRBARA

El cantón de Santa Bárbara forma parte de la provincia de Heredia y se ubica en la Región Central Norte. Está constituido por siete distritos: Santa Bárbara Distrito Primero, Barrio Jesús, San Pedro, San Juan, Birrú, San Bosco y El Roble. Su población total de 24,803 habitantes. (Ver cuadro A y B).

La comunidad de Santa Bárbara tiene una población de adolescentes que representa un 21.2% de la población total, repartidos en un 52.4% en edades de 10 a 14 años y un 47.6% entre los 15 y los 19 años. De estos dos grupos, en las edades de 10 a 14 años hay un 51.1% de población masculina y un 48.9% femenina, mientras que en el segundo grupo de edad, de 15 a 19 años, hay un 48.3% de población masculina y un 51.7% de población femenina. (Ver cuadro B).

Con respecto a los servicios a los que tiene acceso la población adolescente, se investigó sobre educación, salud, asistencia social, grupos deportivos y recreativos y demás grupos organizados en la comunidad. (Ver cuadros C y D).

En la comunidad hay un total de 24 instituciones de educación: 17 instituciones de enseñanza primaria, 3 de secunda-

ria y 4 del INA. Todas las instituciones son mixtas. (Ver cuadro C).

Con respecto al acceso a los Servicios de Salud, Santa Bárbara cuenta con una clínica en el Distrito Primero y 6 EBAIS, ubicados en diferentes zonas. (Ver cuadro D).

En cuanto aspectos de recreación, la comunidad cuenta un polideportivo, un estadio, un parque, un centro de juegos (Ver cuadro D). Existen además varios salones de baile y restaurantes.

En Santa Bárbara, al igual que en otras zonas del país, no existen muchas opciones en lo que se refiere a grupos organizados de adolescentes. No obstante, se ubicaron 14 grupos: 6 de carácter religiosos, 3 artísticos, un grupo comunal, un grupo del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, otro de la Cruz Roja y uno de Scouts (Ver cuadro E).

Con respecto a las actividades económicas, el cantón se dedica a la agricultura, servicios, comercio y algunas actividades industriales. (Ver cuadro A).

SEXUALIDAD ADOLESCENTE

CUADRO A
UBICACIÓN GEOGRÁFICA, SUPERFICIE TERRITORIAL
Y ACTIVIDADES ECONÓMICAS
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
1999

UBICACIÓN GEOGRÁFICA				SUPERFICIE TERRITORIAL Km ²	ACTIVIDADES ECONÓMICAS
REGIÓN	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITOS		
Central Norte	Heredia	Santa Bárbara	Santa Bárbara Distrito Primero, Barrio Jesús, San Pedro, San Juan, Birrí, San Bosco, Roble	- - - -	Agricultura Comercio Servicios Industria

Fuente: Encuesta general, cantón Santa Bárbara. Licda. Hilda Arana.

CUADRO B
POBLACIÓN TOTAL DEL CANTÓN, POBLACIÓN ADOLESCENTE
Y GRUPOS ETARIOS ADOLESCENTES
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
1999

POBLACIÓN TOTAL				POBLACIÓN ADOLESCENTE				GRUPOS ETARIOS POBLACIÓN ADOLESCENTE				
ABS. 24,803				ABS. 5,266 %21.2				GRUPO ETARIO	F		M	
F		M		F		M						
Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%		Abs.	%	Abs.	%
12,411	50.03	12,392	49.7	2,647	50.3	2,619	49.7		10 - 14 años Abs.2,758 %52.4	1,350	48.9	1,408
								15 -19 años Abs.2,508 %47.6	1,297	51.7	1,211	48.3

Fuente: Consolidado cantonal Licda. Hilda Arana.

CUADRO C
 INSTITUCIONES EDUCATIVAS
 COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
 1999

INSTITUCIONES	TIPO POBLACIÓN			TOTAL INSTITUCIONES
	MIXTA	FEMENINA	MASCULINA	
Primarias	4,410	-	-	17
Secundarias	2,270	-	-	3
Vocacionales	-	-	-	-
INA	140	-	-	4
Parauniversitarias	-	-	-	-
Universitarias	-	-	-	-
Otras	-	-	-	-
TOTAL TIPO POBLACIÓN	6,820	-	-	24

Fuente: Balances Atención Primaria 1998.

CUADRO D
 CENTROS DE ATENCIÓN A LA SALUD, DE ASISTENCIA SOCIAL,
 DEPORTIVOS Y RECREATIVOS
 COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
 1999

SALUD		ASISTENCIA SOCIAL		DEPORTIVOS		RECREATIVOS	
TIPO	CANT.	TIPO	CANT.	TIPO	CANT.	TIPO	CANT.
Clínica.	1	-	-	Equipo Fútbol	1	Polideportivo	4
EBAIS.	6					Estadio	
						Parque	
						Centro de juegos	
TOTAL	7	-	-		1		4

Fuente: Balances Atención Primaria 1999.

CUADRO E
GRUPOS ORGANIZADOS DE ADOLESCENTES
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
1999

GRUPOS	TIPO POBLACIÓN			TOTAL GRUPOS
	MIXTA	FEMENINA	MASCULINA	
PAIA	19	11	8	1
Madres adolescentes	-	-	-	-
Religiosos	104	43	61	6
Artísticos	-	-	-	3
Comunales	21	5	11	1
Cruz Roja Juvenil, primeros auxilios	5	-	5	1
Ecologistas, montañismo	-	-	-	-
Scouts	-	-	-	1
Otros	19	17	2	1
TOTAL TIPO POBLACIÓN	168	76	87	14

Fuente: Diagnóstico Área de Salud Santa Bárbara.

II. SITUACIONES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Para identificar las limitaciones, necesidades y causas de las situaciones de riesgo, que viven los y las adolescentes en el cantón de Santa Bárbara, se hicieron entrevistas a personas relacionadas directamente con la población adolescente. Estas personas realizan acciones preventivas, de consejería, orientación vocacional y educación.

Se realizó un total de cinco entrevistas, dentro de las cuales se incluyó un representante del sector educativo, 3 del área de salud y un guardia rural. Las personas entrevistadas señalaron, desde su experiencia en la comunidad, los principales problemas de la población adolescente en la zona, sobre todo los relacionados con las situaciones de riesgo social, las causas de éstos problemas y las recomendaciones para superarlos.

La labor de seguridad según el Guardia Rural entrevistado, se relaciona con la vigilancia sobre todo en los lugares que frecuentan los y las adolescentes. Directivos del sector salud definen su relación con la población adolescente, de forma indirecta, procurando que las políticas de salud, sean integrales.

Dentro de las organizaciones comunales, la Cruz Roja realiza un trabajo directamente con adolescentes, donde reciben cursos de capacitación en liderazgo y realizan actividades de la comunidad.

Con respecto a las situaciones de riesgo, señalaron, en orden de gravedad, las siguientes:

“Consumo de licor y drogas.

Desintegración familiar.

Violencia doméstica, abuso sexual.

Falta de escolarización y deserción colegial.

Falta de empleo.”

Al preguntar sobre las diferencias en las situaciones de riesgo que enfrentan hombres y mujeres, las personas entrevistadas hacen referencia a las situaciones familiares que afectan a las mujeres (embarazo temprano, violencia intrafamiliar, etc.).

Algunas alternativas señaladas por los y las informantes claves, para contrarrestar estas situaciones, son las siguientes:

“Realizar actividades deportivas.

Organizar equipos de fútbol y otros deportes.

Aumentar la labor de promoción y prevención por parte de la clínica de la zona.

Crear grupos de adolescentes.

Prevenir las situaciones de delincuencia que se puedan presentar en la población adolescente.

Mayor integración familiar, promover el diálogo con los padres y madres.

Crear una institución que atienda en forma integral a esta población.

Investigar sus problemas para ejecutar proyectos concretos.

Integrar más los centros de atención que trabajan con adolescentes.

Lograr un trabajo coordinado entre el sector salud, educación, cultura y deportes.

Crear un plan interinstitucional: salud, educación, comunidad para brindar educación sexual obligatoria como plan piloto en los colegios de Santa Bárbara.”

III. ACERCA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE QUE PARTICIPÓ EN LOS GRUPOS FOCALES

La población que acudió a los grupos focales de Santa Bárbara, estuvo constituida por 47 adolescentes con las siguientes características: un 55.3% mujeres y un 44.7% hombres. De éstos la mayoría se concentró en edades de 15 a 19 años, sector que representó el 76.6% del total. (Ver cuadros N°1 y 2).

CUADRO N°1
PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES
SEGÚN SEXO
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL- MAYO 1999

SEXO	Abs.	%
Femenino	26	55.3
Masculino	21	44.7
Total	47	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°2
PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES SEGÚN
SEXO Y EDAD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
10 a 14	5	10.6	6	12.7	11	23.4
15 a 19	21	44.7	15	32.0	36	76.6
TOTAL	26	55.3	21	44.7	47	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Como se evidencia en el cuadro N°3, el 70.2% de la población adolescente de esta comunidad no realiza trabajos remunerados, mientras que el 29.8% que trabaja está representada mayoritariamente por hombres (19.2%).

CUADRO N°3
PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES SEGÚN
SEXO Y SITUACIÓN LABORAL
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

TRABAJA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	5	10.6	9	19.2	14	29.8
NO	21	44.7	12	25.5	33	70.2
TOTAL	26	55.3	21	44.7	47	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Una situación contraria se presenta con el estudio. El 55.3% de la población adolescente estudia actualmente y de ella, un 31.9% son mujeres frente a un 23.4% que son varones. (Ver cuadro N°4).

CUADRO N°4
PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES
SEGÚN SEXO Y EDUCACIÓN
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

ESTUDIA ACTUALMENTE	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	15	31.9	11	23.4	26	55.3
NO	9	19.1	8	17.0	17	36.2
No responde	2	4.3	2	4.3	4	8.5
TOTAL	26	55.3	21	44.7	47	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Sumada a la información anterior, el cuadro N°5 permite observar cómo el nivel educativo de las personas participantes se sitúa, en un 38.3%, en la educación primaria, sea completa o incompleta; mientras que en el nivel de secundaria se encuentra casi un 50% de la población, que es en la que se ubica la mayoría de las personas entrevistadas (de 15 a 19 años).

CUADRO N°5
PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES SEGÚN
SEXO Y NIVEL ACADÉMICO
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

NIVEL ACADEMICO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primaria incompleta	1	2.1	5	10.6	6	12.8
Primaria completa	6	12.8	6	12.8	12	25.5
Tercer ciclo	6	12.8	2	4.2	8	17.0
Cuarto ciclo	9	19.1	6	12.8	15	31.9
Técnico	-	-	-	-	-	-
No responde	4	8.5	2	4.3	6	12.8
TOTAL	26	55.3	21	44.7	47	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

IV. ACERCA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Caracterización de la población adolescente

De la población adolescente que acudió a recibir atención en los servicios de salud de Santa Bárbara, entre los meses de abril y mayo de 1999, se encuestó a 32 adolescentes con las siguientes características: un 62.5% de mujeres y un 37.5% de hombres. Durante estos dos meses, las mujeres que acuden a consulta duplican al número de hombres.

La mayoría de la población se ubica en el grupo de edad de quince a diecinueve años, un 71.9%. (Ver cuadro N°6).

CUADRO N°6
USUARIAS (OS)
SEGÚN SEXO Y EDAD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
10 a 14	5	15.6	4	12.5	9	28.1
15 a 19	15	46.9	8	25.0	23	71.9
TOTAL	20	62.5	12	37.5	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

La mayoría de hombres y mujeres entrevistadas cuentan con Seguro Social, representado por un 93.8%. (Ver cuadro N°7).

CUADRO N°7
USUARIAS (OS) SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN DE ASEGURADO (A)
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

TIENE SEGURO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	19	59.4	11	34.4	30	93.8
NO	1	3.1	1	3.1	2	6.2
TOTAL	20	62.5	12	37.5	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Es importante señalar que la mayoría de población atendida corresponde a población escolarizada. El mayor porcentaje se ubica en niveles de secundaria, un 46.9%, seguido por los niveles de primaria, donde se ubican un 37.5% de las personas entrevistadas. Es preocupante el bajo porcentaje de consultas de la población no escolarizada. Preocupa también, el problema de inaccessión de esta población, problema al que se le debe prestar mayor atención. (Ver cuadro N°8).

CUADRO N°8
USUARIAS (OS) SEGÚN SEXO Y NIVEL EDUCATIVO
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

NIVEL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primaria	5	15.7	7	21.8	12	37.5
Tercer ciclo	7	21.8	3	9.4	10	31.2
Cuarto ciclo	3	9.4	2	6.3	5	15.7
Técnico	1	3.1	-	-	1	3.1
Universitario	1	3.1	-	-	1	3.1
No estudia	2	6.3	-	-	2	6.3
No responde	1	3.1	-	-	1	3.1
TOTAL	20	62.5	12	37.5	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

En lo que se refiere a búsqueda de atención en los servicios de salud, la mayoría de las y los adolescentes que consultan, lo hace con fines curativos. En este sentido, las consultas por enfermedades y accidentes, representan un 40.6 % de las razones de visita. En el plano preventivo, hay un porcentaje reducido, 18.8% de la población adolescente, que acude a realizarse chequeos médicos, este espacio podría ser aprovechado para la educación sexual. En lo que se refiere al área de salud sexual y reproductiva, las opciones de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y control prenatal, representan un 12.5% de las razones de atención. Preocupa la mínima asistencia a los servicios de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Las razones de esta situación, pueden ser el desconocimiento de acceso al servicio o el ocultamiento de esas enfermedades. (Ver cuadro N°9)

Con respecto a las consultas de padres y madres adolescentes, el cuadro N°10 indica que un 93.7% de la población adolescente que visita los servicios de salud, no tienen hijos e hijas y que tan sólo el 6.3% si los tiene (3.1% son madres y 3.1% son padres).

CUADRO N°10
USUARIAS (OS) SEGÚN SEXO:
CON O SIN HIJAS (OS)
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

TIENE HIJAS(OS)	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	1	3.1	1	3.1	2	6.3
NO	19	59.4	11	34.4	30	93.7
TOTAL	20	62.5	12	37.5	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°9
USUARIAS (OS) SEGÚN SEXO Y MOTIVO DE VISITA AL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

MOTIVO DE LA VISITA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Control prenatal	-	-	-	-	-	-
Prevención de enfermedades transmisión sexual	-	-	1	3.1	1	3.1
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	1	3.1	1	3.1	2	6.3
Planificación familiar	1	3.1	-	-	1	3.1
Accidentes	3	9.4	2	6.3	5	15.6
Examen físico o chequeo estado de salud	5	15.6	1	3.1	6	18.8
Trastornos emocionales	-	-	-	-	-	-
Agresiones	-	-	-	-	-	-
Enfermedades (asma, resfrío, alergias)	5	15.6	3	9.4	8	25.0
Otros	5	15.6	4	12.5	9	28.1
TOTAL	20	62.5	12	37.5	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Percepción de los servicios de salud

En cuanto a la efectividad de la atención, se indagó sobre las percepciones que tienen las y los jóvenes sobre los servicios de salud. Los cuadros N° 11, 12 y 13 muestran una visión positiva, donde aspectos como la atención directa al problema de salud, la capacitación de las personas que trabajan con adolescentes, y la privacidad cuentan con más de un 90% de respuestas afirmativas por parte de los y las usuarias. En el caso de privacidad baja el porcentaje a un 84.4%, lo que indica que es uno de los puntos que se pueden mejorar dentro de los establecimientos de salud.

CUADRO N°11
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RESUELVE
PROBLEMAS DE LOS USUARIAS (OS)
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

RESUELVE PROBLEMA	Abs.	%
SÍ	29	90.6
NO	1	3.1
No responde	2	6.3
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°12
PERSONAL CAPACITADO EN EL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

ESTÁ CAPACITADO	Abs.	%
SÍ	31	96.9
NO	-	-
No responde	1	3.1
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°13
PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

PRIVACIDAD	Abs.	%
SÍ	27	84.4
NO	2	6.2
No responde	3	9.4
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Sobre aspectos logísticos

Para la evaluación de estos aspectos se consideró el estado de las instalaciones de los establecimientos de salud, las oportunidades de acceso, los horarios de trabajo y la comodidad. Los resultados, que se presentan en los cuadros N° 14, 15, 16 y 17, muestran una percepción positiva por parte de las usuarias y usuarios. Los porcentajes fueron muy similares, pocas personas no respondieron a las preguntas.

CUADRO N°14
INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

BUENAS CONDICIONES	Abs.	%
SÍ	30	93.7
NO	2	6.3
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°15
ACCESO AL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

FÁCIL ACCESO	Abs.	%
SÍ	31	96.9
NO	1	3.1
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°16
HORARIO DEL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

ES APROPIADO	Abs.	%
SÍ	30	93.7
NO	2	6.3
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°17
COMODIDAD DEL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

ES CÓMODO	Abs.	%
SÍ	30	93.7
NO	2	6.3
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Sobre la difusión de los servicios

En este apartado, interesa indagar sobre el conocimiento que tiene la población adolescente sobre los materiales informativos en general, los materiales de

educación sexual en particular, el tipo de materiales a los que tienen acceso, el conocimiento de actividades para adolescentes que realizan los establecimientos de salud y el conocimiento de la línea telefónica “Cuenta Conmigo” 800-22-44-911³.

Del total de la población entrevistada, un elevado porcentaje, 59.4%, conoce los materiales producidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y distribuidos por los establecimientos de salud (Ver cuadro N° 18). Los materiales relacionados con el tema de educación sexual, son conocidos por un 68.7% de las personas entrevistadas (Ver cuadro N° 19). Los afiches son los materiales que más identifican (56.2%), seguidos por un 28.1% de jóvenes que conocen las informaciones transmitidas por los medios de comunicación como el radio y la televisión. (Ver cuadro N° 20).

CUADRO N°18
MATERIAL INFORMATIVO EN EL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

LO CONOCE	Abs.	%
SÍ	19	59.4
NO	12	37.5
No responde	1	3.1
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

3- Esta línea es sobre consejería en salud, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes y tiene cobertura nacional

CUADRO N°19
MATERIAL SOBRE
EDUCACIÓN SEXUAL
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

LO CONOCE	Abs.	%
SÍ	22	68.7
NO	8	25.0
No responde	2	6.3
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°20
MATERIAL AL QUE TIENE ACCESO
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

TIPO MATERIAL	Abs.	%
Afiches	18	56.2
Volantes	1	3.1
Panfleto	-	-
Mensaje por la radio	3	9.4
Televisión	6	18.7
Otros	2	6.3
No responde	2	6.3
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Un 78.1% no conoce las actividades que se realizan en el establecimiento de salud, dirigidas a la población adolescente. De la población que conoce estas actividades, un 18.8% han escuchado sobre las charlas (Ver cuadro N° 21). Esta situación debe tenerse en cuenta al momento de programar nuevas estrategias de comunicación y educación en el marco de la modernización de los servicios de salud y en la puesta en práctica de los Compromisos de Gestión.

CUADRO N°21
ACTIVIDADES PARA ADOLESCENTES
REALIZADAS POR EL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

ACTIVIDADES	Abs.	%
Charlas	6	18.8
Grupos de madres adolescentes	1	3.1
Grupos de adolescentes protagonistas o líderes PAIA	-	-
Otros	-	-
No sabe	25	78.1
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

La línea telefónica para adolescentes, no es muy conocida por las personas entrevistadas, pues solo un 43.7% manifestó que la conocía. (Ver cuadro N° 22).

CUADRO N°22
IDENTIFICACIÓN DE LA LÍNEA TELEFÓNICA
"CUENTA CONMIGO"
800-22-44-911
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

LA CONOCE	Abs.	%
SÍ	14	43.7
NO	18	56.3
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Evaluación de la atención

La información sobre la atención recibida y sobre el tiempo de espera para efectuar la consulta y para recibir atención, se presenta en los cuadros N° 23, 24 y 25.

Un porcentaje alto, 68.8%, califica la atención recibida entre excelente y muy buena. Un porcentaje de 31.2% lo establece en las categorías de buena y regular. En total, hay una evaluación positiva del trabajo que se realiza.

Sobre el tiempo de espera, el 90.6% de las personas entrevistadas manifiesta que obtienen sus citas el mismo día en que las solicitan, en contraste con un 6.3% que espera la cita durante más de un mes.

En el momento de la cita, un 81.3% de las y los usuarios manifestó que el tiempo de espera es corto y el 15.6% manifestó lo contrario.

CUADRO N°23
CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

CALIFICACIÓN	Abs.	%
Excelente	11	34.4
Muy buena	11	34.4
Buena	8	25.0
Regular	2	6.2
Mala	-	-
Muy mala	-	-
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°24
DURACIÓN PARA OTORGAR CITAS
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

TIEMPO DE ESPERA	Abs.	%
El mismo día	29	90.6
Después de una semana de solicitada	-	-
Después de un mes de solicitada	2	6.3
No responde	1	3.1
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

CUADRO N°25
DURACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

DURACIÓN	Abs.	%
Muy poco tiempo	26	81.3
Mucho tiempo	5	15.6
No responde	1	3.1
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

Sobre la participación en actividades para adolescentes

Según las respuestas que se recogen en el cuadro N° 26, los y las adolescentes mostraron una amplia disposición para participar en actividades organizadas por los establecimientos de salud (un 81.3%). En este sentido, expresaron algunas sugerencias para mejorar la atención, por ejemplo, capacitar al personal que trabaja con adolescentes.

CUADRO N° 26
DISPOSICIÓN A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES
PARA ADOLESCENTES
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

ESTARÍA DISPUESTA (O)	Abs.	%
SÍ	26	81.3
NO	4	12.5
No responde	2	6.2
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999

Llama la atención que un porcentaje significativo de la población adolescente no hiciera sugerencias sobre la mejora de los servicios. Esta situación puede estar ligada al no conocimiento de sus derechos de usuarios y usuarias y al desconocimiento del significado de atención integral. (Ver cuadro N° 27).

CUADRO N°27
QUEJAS O COMENTARIOS DE
LOS Y LAS USUARIAS
COMUNIDAD DE SANTA BÁRBARA
ABRIL - MAYO 1999

COMENTARIO	Abs.	%
Se necesita más apoyo para el adolescente	1	3.1
El servicio que se brinda es bueno	8	25.0
Capacitación al personal que trabaja con adolescentes y actividades para los adolescentes	2	6.3
No responde	21	65.6
TOTAL	32	100

Fuente: Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

1. Acerca de los patrones de socialización diferenciados por género

“A los 10 años tenía conciencia que unos juegos eran de hombres y otros de mujeres y los padres no les gustaba”.

*Muchacha adolescente
de Santa Bárbara*

“El hombre lleva los pantalones... trabaja y la mujer se queda en el hogar haciendo los quehaceres”.

*Muchacho adolescente
de Santa Bárbara*

Las sesiones de los grupos focales iniciaron con el eje temático sobre los patrones de socialización diferenciada por género. Los y las adolescentes compartieron sus vivencias desde varios ángulos: socialización en la infancia, socialización familiar de roles, proyectos de vida, toma de decisiones, relaciones de pareja y fuentes de información. De esta forma, se logró determinar el impacto de la socialización en los conocimientos, prácticas y actitudes relacionadas con la sexualidad.

1.1 Desde los conocimientos

Aprendizaje sobre la masculinidad y la feminidad

Al indagar acerca de los juguetes, juegos y prácticas infantiles para conocer su influencia en el desarrollo de las identidades genéricas, las muchachas y mucha-

chos que participaron en los grupos focales de Santa Bárbara, manifestaron de qué manera, jugando, captaron mensajes sobre lo que se espera de las mujeres y de los hombres, e identificaron cuáles son las conductas más apropiadas para unas y otros. Desde muy temprana edad, aprendieron a distinguir entre los juegos para niñas y los juegos para niños.

Las jóvenes aprendieron que la tarea más importante es cuidar a otros, que su misión en la vida es ser madre y comportarse maternalmente, que siempre deben ser delicadas, tiernas y bonitas, que apartarse de estos estereotipos tiene su precio. Hablaron sobre sus juegos infantiles: muñecas, casita, trastes, yacses, quedó, de secretaria: *“Jugaba con un montón de muñecas, como diez, jugaba que eran mis hijas”*.

Los jóvenes aprendieron que el movimiento del cuerpo y el desplazamiento en el espacio, son muy importantes y que la violencia es parte de las relaciones entre las personas: *“Jugar con muñecas es extraño, pero no es extraño con muñecos de guerra, robots”*.

En esta etapa del desarrollo, los niños y niñas asumen la identidad genérica, pero a la vez, incursionan en juegos asignados al otro género. El aprendizaje de las conductas adecuadas para las mujeres y para los hombres es menos estricto en la infancia. Los estereotipos son menos rígidos y hay mayor permisibilidad social para compartir algunas actividades. Las reacciones fueron diversas, la mayoría de muchachas disfrutó la experiencia: *“Me gustaba jugar mecánica, nos metíamos debajo de los carros y mi hermana me decía que eran cosas de hombres. Yo decía: ¿qué*

puede hacer un hombre que no puede hacer una mujer?”. Varias muchachas manifiestan: *“Nos encantaba jugar cosas de hombres porque se sentían fuertes”*. También expresan opiniones contrarias: *“Me sentía mal, le da vergüenza a uno jugar con hombres y yo solita de mujer”*.

Las sanciones sufridas por ambos sexos, a causa de estas transgresiones, provinieron de familiares, amigos y amigas y de ellos mismos, pero la intención de las sanciones, se presume fue diferente: las sanciones dirigidas a las niñas eran para apartarlas de conductas inadecuadas según la visión de la feminidad: *“Zorra, una cualquiera, porque anda con hombres”*. Su comportamiento ponía en peligro la delicadeza y fragilidad deseables en las mujeres, pero no ponía en peligro su identidad. Por el contrario, las sanciones dirigidas a los niños eran para proteger la identidad masculina: *“No importa brincar suiza con las mujeres, cualquiera lo hace, pero jugar con muñecas le decían a uno que era un pajarraco, un culiolo. Ver un hombre jugando con muñecas, como que está malo”*.

Los jóvenes desde etapas muy tempranas, necesitan reafirmar y demostrar en forma constante su “masculinidad”. Para ser hombre hay que separarse de lo femenino y acercarse a lo masculino. En la mayoría de los casos, se hace comparación con aquella identidad de la cual necesitan alejarse para reafirmarse. Además, la masculinidad tiene cualidades muy valoradas, al contrario de la feminidad; acercarse a ella es perder valor y poder. La masculinidad se identifica con heterosexualidad (Calderón y Muñoz: 1998) de ahí que las sanciones se dirijan a cuestionarla: *“mariposa, playito, culiolo, güeyso”*.

Aún los jóvenes que se atreven a decir que disfrutaron los “juegos de mujeres”, tienen la necesidad de justificar esta cercanía y este sentimiento, para asegurarse que no hay malentendidos: *“Casita, pero de pequeño uno no lo ve con maldad, uno lo hace para divertirse, para matar el rato, por ser niño se sentía bien”*. *“Bien porque jugaba casita cuando tenía tres años, no sabía donde estaba parado”*. *“Jugaba con mujeres por conveniencia, jugaba al doctor, de examinarlas...”* .

Así los niños captaron los mensajes sobre la forma de construir la masculinidad y sobre el valor y el poder de esa masculinidad, en contraposición con la feminidad. Las niñas, por su parte, captaron los mensajes sobre su identidad femenina y sobre la sumisión y la protección, en función de y en contraposición con la masculinidad. Los encuentros en la infancia adecuan las relaciones genéricas tradicionales, a partir de esa etapa se objetiviza la mujer.

Roles, mitos y estereotipos en la socialización diferenciada por género

La construcción de las identidades genéricas se da también a partir de mensajes transmitidos a través de símbolos, normas y patrones de conducta, relacionados con los estereotipos y mitos sobre la masculinidad y la feminidad.

Las instituciones sociales (familias, escuela, religión, grupos de amistades, instituciones de salud, etc.), a través de actividades como el lenguaje, el vestido, la división del trabajo y otras; transmiten mitos, roles sexuales, estereotipos y ámbitos sociales considerados más adecuados para las mujeres y para los hombres

de determinada sociedad. Los elementos culturales se constituyen en parte esencial de las identidades que, en algunas ocasiones, prevalecen sobre los elementos biológicos. Las oposiciones entre los géneros se van marcando cada vez más.

“Mi hermano no hace oficio, se levanta, se sienta, toma café, ve tele, pero mi hermana y yo tenemos que hacer oficio, con mi papá pasa lo mismo”. *“A mi de mujer me enseñaron a ser respetuosa y esperar que el hombre llegue”*. *“Me enseñaron que la mujer no tiene que estar fuera de la casa no tiene que estar molestando a los hombres, ni que los hombres tienen que molestar a las mujeres”*. *“Yo dejo el plato en el desayunador, dos mil gritos, si mi hermano lo hace, mamá lo recoge”*. *“Mamá siempre está en la casa, se queja que no tiene un día de descanso, no le pagan, lo hace por amor”*. *“Tuve muy rápido al bebé y no tuve tanto ese trayecto, pero me enseñaron a ser una buena esposa y madre”*. *“Tenía que estudiar por si me iba mal en el matrimonio, tenía que sacar adelante la familia”*.

De esta forma aprenden que ser mujer significa cuidar y servir a otros, que ellas y sus proyectos tienen que estar en función de la familia, que existen límites difusos entre la mujer persona y la mujer en la familia, que deben ser buenas; que la casa es segura y en la calle deben comportarse de cierta forma para no provocar conductas irrespetuosas, que hay un doble parámetro para medir los comportamientos de las mujeres y de los hombres, que las mujeres son frágiles, débiles y vulnerables.

Las muchachas también recibieron mensajes alternativos a la socialización

tradicional: *“No solo el hombre tiene derecho a trabajar, la mujer también tiene derecho a trabajar”*. *“En mi casa somos siete y las cosas se reparten, mis hermanos barren y limpian”*. *“Mi mamá trabaja todos los días en la casa y no tiene domingo”*.

Los muchachos citaron los mensajes recibidos, mediante los cuales aprendieron que ser hombre significa tener control y poder, ser proveedor y protector, que su trabajo es el único que tiene valor, que debe controlar los sentimientos, que su masculinidad corre peligro si lo identifican con características asignadas a la feminidad, que las mujeres y las familias les pertenecen, que hay un doble parámetro para medir los comportamientos de las mujeres y de los hombres, que su ámbito es el público: *“El papá le inculca a uno que un hombre nunca llora, que no tiene que andar con mujeres, sólo con hombreros”*. *“Que no tienen que expresar lo que sienten”*. *“La mujer tiene como un deber la comida”*.

También los muchachos dejan ver que recibieron mensajes alternativos: *“Me enseñaron que los hombres tienen los mismos derechos que las mujeres [...] que las mujeres tienen derecho a ser libres, buscar una profesión, no siempre estar encerradas en la casa atendiendo a los hijos y al marido”*. *“En mi casa fue diferente, nunca me dijeron que los hombres no lloran”*.

La incorporación de los mitos, roles y estereotipos en las identidades, tienen implicaciones en todos los ámbitos de la existencia. Los hombres y mujeres construyen y organizan sus vidas a partir de los modelos transmitidos de una genera-

ción a otra. Para los propósitos de esta investigación, interesan los efectos en el desarrollo de la sexualidad, en las prácticas sexuales, en la definición de los proyectos de vida y en el ejercicio de la paternidad y la maternidad adolescentes.

De ahí la importancia de fortalecer las opciones alternativas en los procesos de la construcción de las identidades. Mientras esto no suceda, se seguirán repitiendo y transmitiendo los roles y estereotipos tradicionales.

Existe la idea que las relaciones entre los géneros en la actualidad son diferentes, sin embargo prevalecen aún patrones muy rígidos de relaciones a pesar de las aparentes conductas alternativas en la adolescencia.

Proyectos de vida y planes para el futuro

En la etapa de la adolescencia se inicia la definición de los proyectos de vida. Las y los adolescentes “sueñan” sobre su futuro, elaboran estrategias para lograr lo soñado. En su mayoría, los proyectos y planes dependen de factores externos: posibilidades socioeconómicas, apoyo familiar, alternativas en las comunidades etc. y se encuentran mediatizados por la orientación e información recibida y muy especialmente, por la construcción de las identidades genéricas.

Las y los adolescentes de los grupos focales identifican las posibilidades de estudio y trabajo existentes en Santa Bárbara; reconocen sin embargo, que son limitadas: *“No hay lugar donde trabajar, pienso que sería en Heredia, San José...”*. *“Donde yo vivo hay muchas fábricas”*. *“Estudio en Alajuela”*. *“Los supermerca-*

dos están saturados como para trabajar ahí". "Nunca he pensado qué me gustaría ser, pero le doy gracias a Dios porque sé leer y escribir, a mí siempre me ha gustado aprender a coser". Por la cercanía con centros urbanos, estos jóvenes tienen información sobre otras alternativas de estudio como el bachillerato por madurez, y la escuela nocturna. También conocen acerca de la explotación en las maquilas.

Con relación a la influencia de factores genéricos en los proyectos de vida, es muy clara la tendencia de las jóvenes a citar profesiones y oficios tradicionalmente catalogados de femeninos: psicóloga, maestra, doctora, enfermera, costurera, secretaria. Con el ejercicio de estas profesiones y oficios, trascienden el ámbito privado y doméstico pero continúan desempeñando sus roles de servicio y cuidados a los demás. Solamente una joven expresa su deseo de ser "abogada del OIJ" (Organismo de Investigación Judicial) y otra joven, administradora de empresas.

Cumpliendo un mandato genérico, estas adolescentes, no estructuran un proyecto de vida independiente de los roles de madres y compañeras. Profesión, trabajo, maternidad y pareja, se entrecruzan en sus proyectos de vida. La misma situación viven las muchachas que no estudian. Este hecho pone de manifiesto, que el mandato genérico va más allá de la educación formal.

La tendencia genérica de los muchachos es de optar por trabajos o profesiones tradicionalmente masculinas y de trasladarse a otros países: estudiar arquitectura, meteorología, ser científico, ingeniero, doctor, mecánico, futbolista en el Barce-

lona, estudiar hematología, administración de empresas, viajar a los Estados Unidos, estudiar en el INA (Instituto Nacional de Aprendizaje). Los planes son independientes y autónomos de la vida en familia, aunque varios expresan su deseo de tener una familia para desempeñar en ella los roles de proveedores y protectores que les proporciona reconocimiento social.

La información sobre sus planes a futuro es mucho más concreta que la información brindada por las muchachas y en algunos casos, su experiencia en el campo laboral es más amplia. A pesar de sus sueños, proyectos y ambiciones, se nota la ausencia de planes y estrategias realistas.

Ninguna de las personas participantes, demuestra tener estrategias definidas para hacer posible estas opciones, sus ideas son ingenuas y no toman en cuenta las pocas posibilidades que ofrece su entorno social, la inestabilidad en los trabajos, las posibilidades económicas y la falta de orientación definida, a pesar que la población de Santa Bárbara se encuentra cerca de los centros laborales de la Gran Área Metropolitana.

Noviazgo y relaciones de pareja

El noviazgo y las relaciones de pareja tienen diversas manifestaciones según la etapa de la adolescencia, la escolaridad, las experiencias de vida. Sin embargo, en estas relaciones, no importa su modalidad, el género es un elemento transversal. Las diversas modalidades de emparejamiento adolescente, son prácticas que refuerzan los mitos, estereotipos, y roles asignados genéricamente.

Se hace la caracterización de dos tipos de relaciones: noviazgos y amigos con derechos.

Caracterización de la relación de noviazgo:

Para las muchachas

“Se atiende en la casa, se marca, tiene relación con los papás, es más serio, hay más control, hay un sentimiento especial, amor, cariño, a uno lo quieren, hay responsabilidad, se busca el bienestar de ambos, es para conocerse más a fondo, para compartir”.

Para los muchachos

“ Hay sentimientos de por medio, hay que ser fiel, se siente más compromiso, se abrazan, andan de la mano, se siente seguro con la novia. El adolescente busca una novia para respetarla y lo que no puede hacer con ella, busca en otra parte con una mujer. Si no tengo novia no tengo a quien respetar, supelementalmente es a la mamá, a la hermana y a la novia, y las demás, diay!”.

Ambas caracterizaciones catalogan al noviazgo como una relación seria y conocida, con sentimientos de por medio. Desde un deber ser, la finalidad es conocerse y ensayar una nueva forma de relacionarse con una persona de otro sexo y con un cierto grado de compromiso.

Caracterización de la relación de “amigos con derechos”:

Para las muchachas

“No se puede decir nada o reclamar, es cuando lo utilizan y nada más, no se puede reclamar, son para el momento, llegan cuando lo necesitan, uno se siente inseguro, si usted tuvo amigos con derechos nadie lo toma en serio”.

Para los muchachos

“Uno se apreta con alguien después con otra, y no le pueden decir nada. “Cada uno hace lo que le da la gana”. “Me encuentro con una amiga y la apreto, la pasamos bien, para mi eso es todo, se utilizan, estar apretando, traveseando, es cuando uno tiene ganas de tener relaciones”. “Es una relación nada estable, el problema es que puede quedar embarazada y no siente nada por ella. “Con la mayoría de amigas con derechos he tenido relaciones, no me importan porque no son nada mío”.

“Los amigos con derechos” son catalogados como una relación sin compromiso, estabilidad, ni responsabilidad. Pueden conocerse de antemano pero no es necesario que medien sentimientos. La finalidad es “apretarse”, práctica que comprende desde besos y abrazos hasta relaciones sexuales coitales. La amiga con derechos es utilizada y pierde respetabilidad porque se presume que mantiene esa práctica con varios hombres. El amigo con derechos tiene la oportunidad de mostrar un rasgo de su identidad masculina: relacionarse con varias mujeres.

Las relaciones “serias” y las “no serias”, muestran cómo a partir de la adolescencia, las mujeres son catalogadas como respetables o no respetables en función de la relaciones que establezcan con los varones. En contraposición, la respetabilidad de los hombres, no se cataloga en función de las relaciones que establezcan con las mujeres. La respetabilidad masculina se cataloga en función de otras características relacionadas con el éxito, pero no por sus relaciones con las mujeres. Además de esto, la frecuencia de las relaciones “no serias” entre adolescentes y la naturalidad con que las asumen, hace pensar en un proceso disociativo entre el afecto y el cuerpo, desvinculado de procesos afectivos.

En los grupos de madres adolescentes, las muchachas, relatan que iniciaron sus relaciones a partir de un noviazgo: *“Comenzó que en mi casa se da la célula cristiana para jóvenes y él llegó, se hizo amigo mío y de mamá, nos siguió visitando y nos gustamos y nos hicimos novios”*.

Formas de obtener información sobre sexualidad

En los diversos grupos focales, las y los adolescentes citaron diversas fuentes para obtener información sobre sexualidad, sin embargo, muchas respuestas deben leerse desde la deseabilidad social. Las muchachas de 10 a 14 años mencionan a los familiares, los muchachos de la misma edad, citan la escuela. Ambos nombran los amigos y amigas como fuente de información.

Las muchachas de 15 a 19 años, dicen que reciben información básica en la escuela, en el colegio y en charlas, preguntan a familiares femeninas: la mamá

en primer lugar y a mujeres casadas con experiencia cuando le tienen vergüenza a la mamá. Refieren revistas y películas pornográficas que recomiendan las amistades.

Los varones de estas edades reportan que obtienen información en la escuela, en el colegio, en revistas como Play Boy, en televisión o experimentando. Comentan que buscan más información sobre pornografía y poca información educativa sobre la reproducción y las relaciones sexuales. Dicen que prefieren preguntar a tíos o primos que al papá. Los jóvenes escolarizados citan libros de la biblioteca del colegio *“...que hablan de enfermedades venéreas: SIDA, gonorrea, sífilis”*. Citan un libro llamado “Juventud en Éxtasis” y sin embargo, en sus participaciones, muestran tener una información muy básica.

Generalmente el lugar escogido para obtener la información está “afuera” (en la calle) y el “afuera” carece de afectividad y sentido de protección y promueve conductas de riesgo y relaciones abusivas.

La mayoría considera que la información no es suficiente y tienen muchas dudas. Unas jóvenes expresan que les gustaría recibir charlas con mujeres, porque al doctor les da pena preguntarle. Recomiendan en este sentido charlas con jóvenes, porque *“...no me gustan esas charlas donde nos hablan hasta dormirnos”*, desearían ver programas en televisión y tener acceso a *“...folletos educativos sobre relaciones sexuales, sobre noviazgo, embarazo en adolescencia”*.

Factores a favor, son el conocimiento que tienen para encontrar la información, la importancia que dan a las charlas

y los medios de comunicación y la propuesta que hacen de utilizar los medios y de recibir charlas participativas realizadas por adolescentes. El interés mostrado es motivado por el conocimiento básico que han adquirido que a su vez, los motiva a buscar más información.

Estos factores son importantes de tomar en cuenta, pues el conocimiento, es un factor protector contra la violencia, contra las enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA y el embarazo adolescente y una posibilidad de encontrar alternativas para consolidar planes para el futuro y proyectos de vida.

1.2 Desde las actitudes

Actitudes ante las construcción tradicional de las identidades genéricas

Los sentimientos relacionados con la infancia son de disfrute, felicidad, bienestar, de sentirse contentos, “al máximo”. Solamente un muchacho y una muchacha manifestaron actitudes negativas: “No disfruté mucho porque había muchos problemas en mi casa”. “Me hubiera gustado hacer cosas más de niña, jugar muñecas. Con cosas más de chiquita porque me tiré a grande muy rápido”.

En términos generales, las y los adolescentes manifiestan dos actitudes contrapuestas ante la transgresión de las normas genéricas y las incursiones en juegos asignados al otro sexo: algunas chicas y algunos chicos están de acuerdo en compartir juegos, incluso las Barbies, “...porque las personas deben aprender de todo”. A pesar de esta actitud permisiva, en los juegos compartidos reproducen los roles tra-

dicionales. La posición opuesta, es de carácter tradicional, de no transgresión y respeto a las normas.

Actitudes ante los roles, mitos y estereotipos de género

Conforme avanza el aprendizaje de roles, las prácticas y actitudes varían, las muchachas y muchachos se apegan cada vez más a los estereotipos tradicionales y crece la distancia entre las esferas de desarrollo. Esta tendencia aumenta en la adolescencia tardía.

Se manifiesta una crítica ante esta situación: “Es un sentimiento extraño, aveces mamá quería hacer alguna cosa y papá no la dejaba y se ponía muy triste. Yo cambiaría eso”. “Yo cambiaría la forma en que nos han acostumbrado a todos, para acostumbrarnos a que todos seamos iguales, que nadie es superior a otro, que si la mujer no trabaja y el hombre trabaja que no llegue diciendo que porque él da la plata él manda”. En coherencia con esta actitud, se manifiesta la búsqueda de alternativas que rechazan lo tradicional.

Actitudes ante los proyectos de vida y planes para el futuro

La mayoría de las muchachas asume una actitud tradicional ante la maternidad y la vida en familia. Persiste la idealización: “El sueño de toda mujer es casarse”. “Trabajar, tener mi familia, mi esposo, dos hijos”. “Estudiar psicología, después no creo que pueda haber algo más maravilloso que tener un hijo, eso es lo máximo del mundo”. Solo una muchacha expresa una actitud diferente: “Quiero estudiar, tener plata, pero no casarme [...] tener plata e irse a pasear con el novio a

otros países y no estar comprometida con güilas”.

Las madres adolescentes tienen expectativas de continuar estudios, trabajar y compartir la maternidad con otras actividades. Se presume que esta actitud es producto del apoyo brindado por las familias, de las posibilidades de acceder a la enseñanza nocturna o a un trabajo: *“Tengo que luchar bastante, ser muy fuerte, seguir adelante, ahora que voy a ser mamá no es un obstáculo, tengo que hacer un esfuerzo más grande, ser mamá y ser estudiante”.*

Un joven reconoce que el embarazo de la novia le limita las opciones para el futuro. En este sentido, asume una actitud distante ante su pareja: *“Mi novia está embarazada, se me acortan las opciones, mi sueño era tener una casa bonita, carro, mi propia empresa... ser una persona responsable y si hubiera oportunidad tener un buen matrimonio”.* En sus sueños no estaba proyectada esa situación.

Las personas que participaron en los diferentes grupos reconocen, en su mayoría, las pocas posibilidades que les ofrece el entorno social en que se desenvuelven. Aún así, miran el futuro con optimismo y visualizan posibilidades de salir adelante. Relacionan el éxito con las posibilidades de estudiar, de tener un buen trabajo o de ser buenos deportistas.

Actitudes ante el noviazgo y las relaciones de pareja

En general, estos grupos manifiestan actitudes positivas ante las relaciones de noviazgo y actitudes negativas ante las relaciones de “amigos con derechos”, prin-

cialmente sobre las muchachas que se involucran en esas relaciones.

Sobre la iniciativa en las relaciones de noviazgo, las jóvenes manifiestan dos actitudes: La actitud de espera y la pasividad: *“Si un hombre no se me declara, prefiero morirme de amor”.* *“Soy tímida, me siento mal, porque pienso que él dice: la tengo como loca, prefiero mejor no decir nada”.* Sólo una joven evidenció una actitud transgresora y alternativa: *“...piénsese: cómo es posible que el hombre lo haga todo?, entonces me adelanté y lo invité a tomar café, di la iniciativa”.*

Sobre las relaciones de pareja se manifiesta también una actitud defensiva de las muchachas, ante la posibilidad de abusos o agresiones.

Actitudes ante la información sobre sexualidad

Persiste la actitud de no hablar con lenguaje claro y preciso, dentro de las familias, los temas relacionados con la sexualidad. Una muchacha se refiere a la información que recibió de su papá y de su mamá, de esta forma: *“Papá es muy abierto para hablar conmigo, me dice: usted sabe lo que hace, a lo que se atiende, yo no la puedo cuidar siempre. Le doy permiso de salir y usted haga lo que quiera, pero tome su responsabilidad, en cambio mi mamá empieza que la virginidad, que esto y aquello. En cambio papi dice: hágalo pero después se atiende”.*

1.3 Desde las prácticas

Prácticas y costumbres en la construcción de las identidades genéricas

Los juegos infantiles, se dieron en el marco de los patrones tradicionales. Además de los juegos, las y los adolescentes narran prácticas familiares y locales que apoyan y fortalecen el desarrollo de las identidades genéricas.

La colaboración en las labores domésticas, de parte de las mujeres, es otra costumbre mencionada por estos grupos: *“Ayudaba a mi mamá, limpiaba la casa, me ponían a lavar los platos”*.

Prácticas y costumbres ante la toma de decisiones y la disciplina en la familia

A través de las dinámicas familiares, las niñas y niños van aprendiendo sobre quiénes toman las decisiones, quiénes dan los permisos, quiénes manejan el dinero, y a quiénes se les dan determinados permisos y privilegios. Aprenden sobre las relaciones de poder y la influencia en ellas del género, la edad o el dinero. Desde esta perspectiva, se narran costumbres diversas como pedir permiso a la madre porque es quien permanece en la casa y decide en primera instancia, solicitar permiso al padre y a la madre; o piden permiso al papá, éste les envía a preguntar a la madre y viceversa. Señalan otra costumbre muy marcada genéricamente: las decisiones fáciles las toman las madres, las difíciles los papás: *“En casa los dos toman las decisiones, aunque la de papá es la más valiosa, la más decisiva”*.

Los y las jóvenes asocian el dinero con el poder de decidir: *“Mi mamá deci-*

de. Dios guarde un leñazo de mi mamá... mi mamá es la del “huevo””, dice un joven. Pero en la división genérica del trabajo familiar, si el padre está presente, es quien tiene mayor posibilidad de acceder a trabajos remunerados y ejercer dentro de la familia el poder asociado al dinero. Reconocen también la autoridad ejercida por los hermanos y hermanas mayores.

Respecto a la disciplina, manifiestan que ambos progenitores castigan. En ocasiones, miran a las madres como intercesoras ante el papá, ya que les tienen más confianza y menos temor. En los casos de hogares con jefatura femenina, la madre da los permisos y toma las decisiones. Varios adolescentes menores de 15 años manifiestan que no piden permiso: *“A mi nada más me tienen la ropa lista para cuando voy a salir”*. Dentro de los roles del padre está el ejercicio de la autoridad y el poder en forma más marcada que el de la madre, estos patrones se reproducen en los hijos.

Se presume que ante la situación de la maternidad adolescente, la madre y su hijo o hija se quedan en la familia de origen, para satisfacer sus necesidades básicas bajo la autoridad del padre y la madre, en la mayoría de los casos. La costumbre es que la madre de la muchacha se encargue de la crianza del nieto o de la nieta. Esta situación no se da con anuencia de la hija, ella la acepta porque no tiene poder, por el principio de autoridad de la madre y para satisfacer las necesidades de subsistencia. Esta costumbre deja claro que no son madres adolescentes abandonadas.

Prácticas y costumbres de entretenimiento y diversión

Sobre prácticas, lugares y actividades de diversión, las muchachas citan el estadio, el polideportivo, los salones de baile, el centro comunal y las canchas: “*El parque porque hay muchachos*”. “*Un lugar en el parque que se llama túnel*”. Los muchachos citan los paseos, la playa, el Mall, el cine, los bares fuera del pueblo (el Calypso en Heredia, el Ram Luna, Año-ranzas, Spectros, Habana Cuba, el Centro de Amigos). Las muchachas manifiestan que asisten a lugares de diversión donde pueden interactuar con los muchachos.

Las prácticas y costumbres de entretenimiento y diversión tienen elementos propios de la localidad y elementos genéricos. La diversión de las jóvenes gira en torno a sitios de la comunidad, desde pequeñas se les refuerza constantemente que la calle es peligrosa para las mujeres. En forma opuesta, la socialización de los jóvenes fortalece el alejamiento de la casa, expande su ámbito de acción y desarrolla destrezas para desenvolverse con soltura en ámbitos públicos; el mito, que la calle es menos peligrosa para los hombres, adquiere consistencia en la adolescencia. Los jóvenes tienen más acceso a lugares alejados de Santa Bárbara, tienen mayor permisividad social para visitar los bares y llegar tarde a la casa, además, manejan más dinero que las muchachas de su misma edad.

En las muchachas destaca el interés por la práctica de voleibol y el deseo de ser buenas jugadoras. A través de la práctica de ese deporte, las chicas incursionan en ámbitos asignados comúnmente a los hombres.

Prácticas y costumbres en el noviazgo y las relaciones de pareja

Se mencionan varias prácticas vinculadas con las relaciones de pareja y el noviazgo: los grupos de 10 a 14 años, acostumbra ensayar el acercamiento a través de peleas. Un joven de ese grupo, dice que en las discotecas se conocen las muchachas y varias muchachas dicen que se ven a escondidas, para lo cual mienten a sus mamás.

Los grupos de 15 a 19 años describen la dinámica del noviazgo y manifiestan que esta relación es para conocerse: “*Conocer lo que ella quiere, lo que le gusta, si usted se siente bien con ella, empieza algo más serio*”. “*viajábamos juntos al colegio, a la salida de la fábrica donde trabajaba, era el polaco de mi casa*”.

Los lugares citados para verse con el novio o la novia son la Pastoral, el parque, la escuela, el colegio y la plaza.

1.4 Desde el género

El análisis de género es transversal y continuo en esta investigación. Sin embargo es necesario sintetizar algunas conclusiones, desde esta perspectiva.

El proceso de construcción de las identidades genéricas, presenta características sexistas definidas. Los conceptos sobre la masculinidad y la feminidad se presentan como antagonicos. Una muchacha identifica ambas identidades y define los estereotipos: “*Entiendo que estereotipos son todas las frases que se usa, la idea de que como usted es mujer, no puede jugar con él porque es hombre, de que las muje-*

res tienen que ser frágiles, cuidadosas, coquetas y los hombres tienen que ser conchos, montarse en los árboles y jugar en los ríos". Un joven dice: *"Nosotros los hombres tenemos la mentalidad de ver a la mujer como algo delicado. No una mujer chabona, uno la ve rara, nunca piensa en ella como una mujer, las mujeres son sensibles y frágiles..."*.

Como se mencionó con anterioridad, las características catalogadas como masculinas son las más valoradas socialmente: la fuerza, el poder, la propiedad, el ámbito público. Mientras que las características catalogadas como femeninas, son las menos valoradas socialmente: subordinación, entrega, servicio, ámbito privado. Este antagonismo se nutre de mitos que se inculcan desde la infancia y se refuerzan en el transcurso de la adolescencia.

Durante el trabajo con los grupos focales se identificaron los siguientes mitos sobre la masculinidad:

"Los hombres son fuertes, conchos, se saben defender". *"Las mujeres les pertenecen, se pueden hacer del otro lado cuando sean grandes si juegan con niñas"*. *"No lloran, no expresan sentimientos"*. *"Los que andan con mujeres, se les pega lo de las mujeres, la forma de hablar"*. *"Las mujeres tienen que tener un espacio para ellas y un espacio para nosotros"*. *"Los hombres llevan los pantalones y trabajan"*. *"No ser machista es ayudar a ser oficio"*.

Se identifican los siguientes mitos sobre la feminidad:

"Las mujeres son frágiles, cuidadosas, coquetas, delicadas, sensibles, hablan mucho". *"Las que juegan bola y andan con hombres se ven feas, son masculinas"*. *"Se quedan en el hogar y hacen los quehaceres"*. *"Que las mujeres tenemos que ser deseadas y no sobradas"*. (Este mito, expresado por una madre adolescente, pauta las relaciones de pareja y las manifestaciones de la sexualidad).

Se expresan también mensajes con un doble parámetro para medir las mismas conductas en ambos sexos:

"Una adolescente queda embarazada, se habla mal de ella, dicen que es una zorra, pero del hombre, nadie dice nada". *"...se enmarca así, uno cree que tales cosas son para hombre y otras para mujeres, aunque uno trata de romper esa barrera"*. *"Soy la única mujer y me traen bajo del zapato... ellos no piden permiso para salir y yo tengo que pedir permiso, llegan a la hora que quieran y yo no"*.

Algunos de los mensajes, en apariencia, son alternativos, pero contienen información cargada de mitos: *"Mi mamá me enseñó que no tengo que ser machista, le ayudo a hacer el oficio, a cocinar"*. *"Ser hombre es no solo andar con hombres, sino compartir con las mujeres cuando se sienten mal"*. *"Si llego de trabajar y mi esposa tiene la comida lista yo le ayudo, si ella quiere un regalo, yo me esfuerzo más y se lo compro"*.

Existe una tendencia a culpar a las madres de inculcar patrones sexistas. La sociedad, tal como está organizada, delega en las madres, o en las figuras maternas, la función de preservar las formas de crianza y de transmitir el deber ser femenino y el deber ser masculino. Las madres son las personas más cercanas a las hijas e hijos y por lo general, no conocen formas alternativas; fueron socializadas de esa manera y las sanciones sociales para “las malas madres” que no cumplen esta función, son muy fuertes: “*La mamá tiene la culpa que uno sea machista*”. “*La mujer no aprende a defenderse, pienso que es más culpa de la mamá*”.

2. Acerca de la sexualidad

“El sexo es entregarse uno al otro por amor, pero hay unos que lo hacen por divertirse”

*Muchacha adolescente
de Santa Bárbara*

“Cambian la forma de ver las cosas, antes a uno le hablaban de este tema y lo agarraba con risa y charlatanería y conforme uno avanza va entendiendo lo que siente”.

*Muchacho adolescente
de Santa Bárbara*

El abordaje de la sexualidad se realiza a partir de la conceptualización de las y los participantes sobre sexo, sexualidad y relaciones sexuales. Dada la intrínseca relación que existe entre cambios físicos de la adolescencia y la sexualidad, se indaga sobre la vivencia alrededor de esos

cambios y la concepción construida sobre las relaciones sexuales: cómo, en qué momento y en qué condiciones se llevan a cabo.

2.1 Desde los conocimientos

Existe una percepción difusa entre las y los adolescentes sobre los conceptos de sexo, sexualidad y relaciones sexuales, acompañada de dificultad para hablar de estos temas. Los tres conceptos son percibidos como sinónimos: “*Tenemos conceptos distorsionados, confundimos lo que es sexo con sexualidad*”. “*Sexo es lo mismo que relación sexual*”.

Los conocimientos se presentan principalmente desde el punto de vista biológico donde la sexualidad se limita a genitalidad: “*Para mí el sexo son los órganos femeninos y masculinos, en la mujer, los senos, la cintura y vagina y todo el sistema, en los hombres, el pene, los testículos y el resto de los órganos*”.

Se menciona en todos los grupos un vínculo directo entre relaciones sexuales y reproducción: “*... tiene que ver con el acto fundamental de la reproducción humana*”. “*Cada persona tiene una sexualidad definida, si es hombre y le gustan los hombres, es homosexual, si es mujer y le gustan las mujeres es lesbiana y si le gusta un hombre a una mujer, esa es su sexualidad*”.

Las muchachas hacen una relación entre amor y relaciones coitales: “*Cuando dos personas se aman tienen el acto sexual*”. “*Darse a otra persona en el acto de decirle que lo quiere*”. La ausencia del amor es censurada: “*El sexo es entregar-*

se uno al otro por amor, pero hay unos que lo hacen por divertirse, ya no es como antes, por amor, ahora lo hacen por pasatiempo". Se convierte en un ideal postergar las relaciones sexuales hasta llegado el matrimonio: *"Lo mejor es esperarse al matrimonio"*. *"Recomiendo las relaciones sexuales estrictamente bajo el matrimonio"*.

Las muchachas además manifiestan su conocimiento sobre relaciones abusivas: *"Hombre que viola a la mujer por placer sexual y deja traumatizada a la mujer"*.

La sexualidad se hace más evidente para los y las adolescentes a partir de los cambios corporales que hombres y mujeres presentan entre los 10 y 13 años. Las personas que participaron en los grupos focales tienen conocimiento de estos cambios desde sus propios cuerpos, desde el cuerpo de sus pares y desde el discurso educativo. Mencionan cambios físicos externos: *"Los cambios en la mujer son principalmente crecimiento de los senos y el inicio de la menstruación y ensanchamiento de las caderas"*. *"A los hombres les cambia la voz, le crece el pene, el cuerpo se les hace más grueso"*.

Conocen y experimentan cambios en las costumbres con el fin de identificarse con el grupo de pares e ir dejando la apariencia y conducta que tenían en la infancia: *"Cambian la forma de ver las cosas, antes a uno le hablaban de este tema y lo agarraba con risa y charlatanería y conforme uno avanza va entendiendo lo que siente"*.

2.2 Desde las actitudes

El tema de la sexualidad es tabú. Las y los adolescentes presentan dificultad para hablar de ella. Esta actitud dificulta establecer cuáles son sus conocimientos: *"No digo porque me da vergüenza, me han contado que el hombre mete el pene en la vagina"*.

Esta dificultad se acentúa puesto que los y las adolescentes son protagonistas de cambios físicos y psicológicos que los y las evidencia como seres sexuados. En sus expresiones se denotan sentimientos de culpa y distanciamiento.

Ante las características femeninas que adquieren los cuerpos de las adolescentes, muestran actitudes de rechazo y en pocos casos de aceptación. Unas dicen estar felices, sentirse bien, pero otras encuentran en estos cambios, motivos de vergüenza; convirtiéndose el desarrollo en una sensación desagradable: *"Cuando me vino la menstruación no quería aceptarlo, me sentía mal, me enfermé mentalmente, me sentía terrible, me daba vergüenza que se diera cuenta mi papá, hasta la cabeza agachaba"*. La actitud manifestada en la cita anterior, de rechazo a las características femeninas se presume que es producto de la misoginia.

En general, se habla con nostalgia de la infancia. Se manifiesta la vivencia del duelo por la pérdida de la niñez: *"A nadie le gusta dejar de ser niño, es lo más bonito"*. *"Se da cuenta que las cosas no son color de rosa"*. Esto es más enfatizado en los grupos de adolescencia temprana y más difuso en los grupos conformados por adolescentes tardíos, sector que, además,

presenta una actitud más abierta al hablar de sexualidad, relaciones sexuales y sexo.

2.3 Desde las prácticas

Las y los adolescentes refieren una serie de prácticas relacionadas con la sexualidad, específicamente sobre las relaciones coitales, desde lo que la sociedad y las pautas culturales les han enseñado como bueno y como malo. Desde la deseabilidad social, censuran las prácticas sexuales de sus pares: “*Los adolescentes hacen sexo por diversión, no tienen definido para qué es el sexo*”. “*Es un acto de irresponsabilidad, al ser jóvenes nos gusta experimentar, lo hacemos para saber qué es y se nos puede hacer vicio*”.

Las muchachas y muchachos de los ocho grupos focales, expresan, desde el deber ser, la madurez como requisito para tener relaciones sexuales. La idea de madurez es ambigua, la definen a partir de la edad, del conocimiento de lo que es bueno y lo que es malo y de la responsabilidad: “*Las relaciones hay que tenerlas cuando uno está bien maduro y preparado*”. “*Yo digo que a los 15 años, cuando ya uno sabe lo que quiere*”.

La siguiente frase de una madre adolescente sin pareja, refleja la contradicción que existe entre el deber ser y la práctica de las relaciones sexuales: “*Yo tenía tiempo de jalar, aún así no debería de ser, pero metí las patas*”.

Las y los adolescentes acostumbran tener relaciones sexuales en lugares aislados como cafetales, instalaciones deportivas, en fiestas donde no estén personas adultas, dentro de los automóviles y en

potreros: “*En Santa Bárbara lo hacen detrás de las graderías, en el cafetal de Calle Quirós, en los carros*”. Estas prácticas implican situaciones de riesgo, pues exponen su integridad física y su seguridad. Se presume que en estas condiciones, disminuyen las posibilidades para tomar medidas de protección.

Entre las prácticas sexuales, se citan tocamientos, besos y caricias: “*Besar, tocar, luego a la cama*”.

2.4 Desde el género

El sistema de género hace que la sexualidad masculina y la sexualidad femenina sean vivencias antagónicas, estableciendo entre ambas una relación de poder que circunscribe la sexualidad masculina al placer y la sexualidad femenina a ser poseída y a la concepción (Calderón y Muñoz, 1998). En este marco, las adolescentes tienen incorporado en su identidad genérica su papel de sujetas pasivas ante la sexualidad, se cosifican: “*Es darse a otra persona en una acto de decirle que lo quiero...*” asumiéndose como propiedad de su compañero. “Darse” significa hacer una entrega del “*cuero y alma*” de la muchacha y a la vez una reafirmación de la masculinidad: “*El hombre se siente más hombre y tiene relaciones sexuales para que la gente vea que es más hombre o se está haciendo hombre*”.

Las relaciones sexuales genitales están descritas bajo normas y patrones contrapuestos para ambos sexos clasificándose conductas y actitudes menos apropiadas en un sexo que en el otro. Tanto los varones como las muchachas, identifican las relaciones previas al matrimonio como

desprestigiosas para las mujeres: “*En general la mujer se desvaloriza más, si un adolescente tiene relaciones con dos o tres muchachas, no es tan juzgado como la mujer. Si ella lo hace pierde valor y todo mundo la juzga*”. Las muchachas que tienen relaciones sexuales en el marco “ilegal” se desvalorizan a sí mismas, este hecho agudiza su situación de riesgo.

Los varones ven las relaciones sexuales como la satisfacción de “necesidades masculinas” dictadas por leyes naturales: “*Las relaciones sexuales dependen de la mujer, pienso que el hombre por naturaleza empieza a tocar y si le dicen hasta aquí, hasta ahí llega uno*”. De esta forma, delegan en las mujeres la responsabilidad de las prácticas sexuales en una situación donde carecen de autonomía, y sobre todo, del poder que les permita negociar o tener la capacidad de decir “no”.

Existe una diferencia en la vivencia de los cambios físicos propios de la adolescencia según sean hombres o mujeres. Para las mujeres, los cambios físicos, especialmente la primera menstruación, significan una experiencia dolorosa: “*Me sentía extraña, me daba vergüenza, cuando me vino eso [menstruación] mamá me decía que no podía jugar, yo le pedía a Dios que no me viniera*”. Los hombres no expresan sentimientos negativos respecto a su desarrollo. Esto podría interpretarse desde dos puntos de vista: los cambios no son tan amenazantes para ellos o, como producto del proceso de socialización, limitan la expresión de sentimientos y ansiedades.

Los cambios físicos representan para las mujeres, un aumento de los controles, cuidados y prohibiciones que se dan con

el fin de evitar potenciales embarazos o pérdida de la virginidad antes del matrimonio.

La socialización hace de la maternidad el fin primordial de las mujeres, que tarde o temprano se espera que cumplan. Pero la llegada de hijos e hijas es privilegiada en el matrimonio o dentro de la unión libre, fuera de estos vínculos significa una desvalorización. La presencia o ausencia del hombre define socialmente la primera experiencia de la maternidad, como un privilegio o como un error.

3. Acerca de la salud sexual y reproductiva

“Saber con quién lo hace y ojalá sea una pareja de mucho tiempo”.

*Muchacho adolescente
de Santa Bárbara*

“Si al condón le queda algo de aire, le puede hacer daño al muchacho”

*Muchacha adolescente
de Santa Bárbara*

El eje temático de Salud Sexual y Salud Reproductiva se elabora a partir de los conocimientos, prácticas y actitudes que las y los adolescentes tienen ante las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, la prevención y protección de las mismas y sobre métodos anticonceptivos. Estas prácticas, conocimientos y actitudes se analizan desde la perspectiva de género para comprender los procesos que las y los adolescentes viven en relación a la salud sexual y salud reproductiva.

3.1) Desde los conocimientos

Sobre este tema, los conocimientos son bastante limitados. Mencionan el nombre de algunas enfermedades de transmisión sexual como la gonorrea, la sífilis, el chancro y el SIDA; pero nadie hace referencia a la diferencia entre el VIH y el SIDA y muestran conocimientos distorsionados respecto a las demás enfermedades: *“Yo se que el SIDA es una enfermedad que se transmite por la saliva”*. *“Lo del hombre que le da algo en la próstata, pero es una enfermedad que da en el aparato reproductor”*. *“El cáncer, la mujer se deja con el hombre, va y tiene relaciones con el otro y tiene cáncer”*.

El desconocimiento de las enfermedades sexuales va acompañado de confusión en las formas de transmisión: *“Se transmiten en piscinas, baños o por usar paños de otros”*. *“En San José un abogado se contagió porque se sentó en el cine en una aguja contagiada”*.

En algunos casos, se manifiestan conocimientos acertados respecto al SIDA: *“No hay vacuna contra el SIDA, mata las defensas del cuerpo, se siente débil, por una gripe se va al hospital, da diarreas, fiebres altas, vómito”*. Sin embargo la información es aislada y muy básica.

En el caso particular del SIDA se relatan una serie de mitos sobre su origen y forma de transmisión como lo demuestran las siguientes expresiones:

“Pienso que el SIDA es algo inevitable, porque uno no sabe en qué momento alguien por maldad, por medio de una inyección o no sé, no precisamente por relaciones sexuales, uno sabe que en algún momento va a algún lugar y ahí... yo

digo que no salir de la casa para nada, no tener relaciones y ni salir del cuarto, porque por medio de una visita lo pueden se lo pueden pegar; creo que uno tendría que pedir un examen a cada persona”.

“Hace poco escuché de una encuesta que se hizo en el salón de baile [...], ahí está el SIDA pegando fuerte, se tiene entendido que también por inyecciones, pero está ahí mismo, en el salón que no quieren que esté habitado”.

Las posibilidades de contraer esta enfermedad las identifican con las relaciones sexuales con desconocidos, trabajadoras del sexo y homosexuales. Presumen que identificando estos grupos de riesgo y eligiendo la pareja fuera de los mismos evitan el contagio: *“No teniendo relaciones sexuales con prostitutas o mujeres que uno no conoce”*. Unido a ello, está el mito del matrimonio como una forma de protección. *“No teniendo relaciones sexuales hasta que se casen”*. *“Saber con quién lo hace y ojalá sea una pareja de mucho tiempo”*.

Sobre las formas de protección de enfermedades de transmisión sexual, el método más conocido es el condón pero desconfían de su eficacia: *“El método más efectivo es el condón, pero puede tener un hueco o estar dañado”*.

Los grupos de 10 a 14 años confunden las definiciones sobre salud reproductiva y planificación familiar: *“Salud reproductiva es cuando uno va por buen camino y no se junta con malas amistades”*. *“Planificación familiar es abuso de los hijos, que el padre abusó de los hijos para educarlos”*.

Sobre prácticas y métodos anticonceptivos, uso, efectos sobre la salud, funcionamiento y efectividad, conocen muy poco: la T de cobre, las jaleas, el ritmo, el condón, las inyecciones, el preservativo, el coito interrumpido, la vasectomía y la salpingectomía y los dispositivos intrauterinos. También nombran el condón femenino, pero no hacen referencia a su forma o uso.

La abstinencia es conocida como método de prevención: *“Si uno no tiene relaciones sexuales, no se pegan las enfermedades venéreas”*. Otra forma de control de enfermedades de transmisión sexual, específicamente del SIDA, es la práctica del examen médico para detectar la enfermedad: *“Los jóvenes deben ser precavidos, hacerse exámenes cada vez que van a tener relaciones”*. *“Si fuera grande y me caso, primero me hago el examen”*. Esta práctica, por una serie de valores socioculturales, es poco factible.

También nombran el aborto: *“Me contaron de una que no quería al güila y lo quería abortar, se subía y se subía a la tagada hasta que mató al chiquito”*.

El desconocimiento sobre métodos anticonceptivos es más evidente cuando se pregunta sobre las formas de utilizarlos: *“El DIU que creo que se pone en el brazo”*. *“No sé nada de la T de cobre, ni del DIU, tampoco de pastillas anticonceptivas”*. *“Si al condón le queda algo de aire, le puede hacer daño al muchacho”*. Consideran los métodos anticonceptivos dañinos para la salud: *“No son buenos, todos hacen daño, las pastillas tienen efectos secundarios, o las ponen gordas, o flacas o les dan efectos en las rodillas”*. *“La T no deja que el bebé crezca y cuando tie-*

nen hemorragias es que se está despedazando”. *“Eso de la T entiendo que despedaza a los chiquitos y salen defectuosos o se les encarna”*.

Motivados por estas dudas, la mayoría de las y los jóvenes estima necesaria la asistencia médica al iniciar la utilización de cualquier método anticonceptivo. *“Con cualquier método hay que ponerse en control con el doctor.”* Esta es una posición desde la deseabilidad social.

Existe una serie de mitos sobre métodos anticonceptivos que se manifiestan en la práctica:

“He oído que después de las relaciones se toma un vaso de agua con sal”. *“He oído que cuando una persona queda embarazada, no se si antes o después se toma un poco de agua de pipa”*. *“He oído hablar de una gota de jarabe con agua y azúcar para no quedar embarazada, es jarabe de esencia coronada y una cucharada de agua de azúcar”*.

La información que obtienen sobre métodos anticonceptivos proviene de diferentes fuentes. Desde la deseabilidad social, el ideal fijado es la información que proviene de la madre, el padre o de personas adultas, preferiblemente de su núcleo familiar: *“En nuestros padres, en libros y en maestros y personas mayores”*. De esta manera se sostiene el mito que las personas adultas manejan una información adecuada, acertada y clara sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva.

Otras fuentes mencionadas son las instituciones y los profesionales: *“En el*

colegio, en la escuela, pero creo que en el colegio debe dar más avanzado el tema". "La información la dan en la escuela y en el colegio, pero creo que no sirve de nada porque se coge de vacilón y por eso no usan métodos seguros". Los y las adolescentes sugieren alternativas para mejorar la información y el conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva: *"Hacer grupos de padres de familia. Podría hacerse una campaña para hablar a niños y adultos de sexualidad y métodos y enfermedades que pueden haber". "Siento que ha sido importante esto [la discusión en grupos focales] si no sabía algo he aprendido un poco, no pensé que fuera tan importante tener esta conversación, uno llega aquí y se le despierta la chispa, es bueno hablar de esto y recapacitar".*

La limitada concepción sobre salud sexual y reproductiva, es producto de controles sociales que inducen a una sexualidad mal entendida y mal vivida. Esta situación les afecta el presente y su vida como personas adultas. Se debe considerar la actitud negativa hacia los métodos anticonceptivos y las prácticas sexuales sin protección como un problema de salud pública.

3.2 Desde las actitudes

Las y los adolescentes se muestran reservados al hablar de estos temas, sobre todo porque en este momento de sus vidas son protagonistas de cambios físicos y psicológicos que las y los evidencian como seres sexuados.

Los muchachos escolarizados de 15 a 19 años demuestran una actitud un poco más abierta al tratar estos temas, y un ma-

nejo más preciso de la información. El grupo más reservado para hacer comentarios y participar, es el de las madres adolescentes con pareja.

3.3 Desde las prácticas

Ante la pregunta: *¿Los jóvenes se protegen en la comunidad?* se dan respuestas ambiguas. La mayoría considera que no se protegen: *"Qué se van a proteger de nada de eso, no se protegen ni los dientes, menos eso". "No creo que se estén protegiendo, si fuera así no habría tanta enfermedad".* Los jóvenes no escolarizados de 15 a 19 años dicen que es difícil que se protejan en la primera relación sexual: *"Si es la primera vez no pensarían en protección porque es muy difícil que sepan cómo". "Sinceramente yo no andaba protegido la primera vez".*

Las prácticas más comunes para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo son el coito interrumpido y el uso del condón masculino, su obtención y utilización no es difícil, es menos evidente ante los ojos de sus padres y madres y no requiere de utilización permanente: *"Pienso que el más usado es el condón y el coito interrumpido, pero eso sólo para no dejarla embarazada, no para protegernos". "Estos son los más rápidos y están al alcance, porque la T y eso que usan las mujeres se necesita tiempo, para que se la implanten, en cambio, con eso uno puede tener relaciones más rápidas".*

3.4 Desde el género

Existen concepciones genéricas que legitiman conductas y actitudes diferenciadas para los hombres y las mujeres ante la prevención de enfermedades de transmisión sexual y métodos de planificación. Subyacen elementos permisivos en el ejercicio de la sexualidad de los varones: *“La mayoría de los jóvenes no se protegen, lo que buscan es el placer y no piensan en las consecuencias, apenas conocen a una muchacha, lo único en que piensan es en acostarse con ella”*.

Se mantiene el mito que las mujeres casadas constituyen un grupo con poco riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual: *“Yo recomiendo la abstinencia hasta cuando se case, esa es la forma más segura de protegerse”*.

En este contexto, cuando se habla de protección, los jóvenes tienden a hablar más del preservativo, mientras las muchachas manifiestan el conocimiento de la pareja como método preventivo, logrando mayor seguridad en el matrimonio. Se consolida de esta manera, el matrimonio como el espacio legitimado por la sociedad para el ejercicio de la sexualidad femenina. La unión libre equivale al matrimonio en las funciones reguladoras de la sexualidad.

Una joven dice: *“Ahora hay mucho con que planificar, la que queda embarazada es porque quiere”*. Estas afirmaciones se hacen desde una posición alternativa sin tomar en cuenta la realidad de las mujeres sobre su sexualidad, apropiación de sus cuerpos y a la capacidad de negociación. El panorama que se describe es totalmente contrario.

4. Acerca de la Maternidad

“Me sentía muy asustada, pero ahora que lo tengo [el hijo] me siento muy feliz”.

*Madre adolescente
de Santa Bárbara*

En la discusión de grupos focales de madres adolescentes con pareja y madres adolescentes sin pareja, se incluye un eje específico sobre maternidad. La información obtenida se presenta bajo cuatro instancias de análisis: conocimientos, prácticas, actitudes y género.

4.1 Desde los conocimientos

Los conocimientos que las jóvenes tienen sobre la maternidad, se refieren específicamente al control médico prenatal.

Reconocen la importancia de la información y del control durante el embarazo: *“El control es importante para ver cómo va el embarazo y ver cómo está uno para el parto”*.

Ninguna de las muchachas había tenido experiencia en cuidado o crianza de niños o niñas, en este sentido no evidencian conocimientos: *“Es que como uno apenas está aprendiendo a vivir y ahora tiene que enseñar a otro ser, como que uno no lo cuida, en la crianza no sabe qué hacer”*. *“Los bebés sufren con la inexperiencia de uno, uno no sabe muchas cosas”*.

4.2 Desde las actitudes

Ante la noticia del embarazo la respuesta de las muchachas fue de pena y miedo porque sentían que habían traicionado a sus madres: *“Miedo a mi mamá porque ella pasó por lo mismo que yo pasé, me sentía malísimo por mi mamá”*. *“Sentía que había traicionado a mi madre porque ella me decía que me cuidara”*. En contraposición con los sentimientos de culpa, las madres adolescentes también experimentaron sentimientos de alegría ante la maternidad: *“Me sentía muy contenta porque iba a tener mi bebé”*.

Una joven manifiesta sentirse feliz al conocer la noticia del embarazo: *“No me arrepiento de casarme, más bien yo quería salir de mi casa, me hubiera gustado estudiar y ser profesional, pero mi mamá se casó con otro señor, para mi fue muy duro, la primera vez que me apreté él [padrastró] dijo que yo no valía nada, que ya no servía, que no valía ni un cinco como mujer, a pesar de que son palabras, lo maltratan a uno, entonces salí de mi hogar y dí gracias a Dios cuando estaba embarazada”*.

Las madres adolescentes dicen que si bien los embarazos no han sido planificados, una vez que nacen las hijas e hijos son queridos: *“Me sentía muy asustada, pero ahora que lo tengo me siento muy feliz”*.

4.3 Desde las prácticas

Todas estas jóvenes asistieron a control prenatal, y recibieron atención en establecimientos médicos en el momento del parto: *“En el hospital México porque era de alto riesgo”*. *“Hice el curso para el*

parto, muy bonito con gimnasia, me prepararon bien para el parto”. *“El curso de preparación al parto ayuda mucho, pero las citas de control no porque se supone que le deben de decir cómo está el bebé y yo veía que examinaban y tenga su medicamento y ya está”*. Este último comentario evidencia las limitaciones de las adolescentes para exigir sus derechos y el poco poder que tienen ante los profesionales.

Como práctica común, se menciona el apoyo brindado por la madre o suegra a la joven y a su hijo o hija. Ante esta situación, las madres adolescentes se quejan porque ellas quieren independizarse y asumir bajo su responsabilidad la crianza de los hijos e hijas, aunque no se sientan preparadas para ello: *“Cuando mi suegra le preparaba la manzanilla yo me enojaba toda porque yo lo quería hacer todo, para sentirme más mamá”*.

4.4 Desde el género

La procreación y crianza de las nuevas generaciones está asumida como una responsabilidad de las mujeres. Para las madres adolescentes, representa una limitación en el desarrollo personal.

Los proyectos de vida de las madres adolescentes, se circunscriben a la familia. La maternidad “adelantada” frustra el sueño de un “hogar ideal” para la llegada de las hijas e hijos: *“Deseaba tener mi chiquita pero sí cambió mucho porque pensaba tener la casa antes de tenerla a ella, quiero un hogar formado y no andar rodando”*. *“Ahora que soy mamá hubiera deseado que fuera después para unir más el matrimonio”*.

CAPÍTULO CUARTO

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO CUARTO

RECOMENDACIONES

El diagnóstico permitió identificar un conjunto de elementos en torno a la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva de la población adolescente de la comunidad de Santa Bárbara desde el punto de vista de sus conocimientos, prácticas y actitudes.

Los resultados del diagnóstico expuestos en el capítulo anterior, representan insumos importantes para redefinir la estrategia sobre atención integral en salud sexual y salud reproductiva de este grupo poblacional.

A continuación se hace una síntesis y se puntualizan las recomendaciones.

1. Socialización. Sexualidad. Salud sexual y reproductiva. Maternidad y paternidad adolescente

- La construcción social de las identidades masculinas y femeninas de la población adolescente de Santa Bárbara está marcada, desde la infancia por patrones sexistas tradicionales y estereotipados. Está caracterizada también, por pautas culturales propias de la zona e influenciada por las instituciones sociales: la familia, los medios de comunicación, la educación y la religión.
- La estructuración de los proyectos de vida se ve limitada por las situaciones

socioeconómicas y por la tendencia a la perpetuación de los modelos genéricos. Existe también, carencia de información y orientación sobre las posibilidades reales para estructurar estos proyectos.

- Los conocimientos y actitudes sobre la sexualidad y las relaciones de pareja adolescente, están matizados por tabúes, mitos, estereotipos y desinformación. Esta situación afecta la salud sexual y reproductiva al impedir el desarrollo de prácticas sanas. No se excluye ninguna modalidad de relación: amigos con derechos, noviazgos, matrimonio, o unión libre; no importa si aún no han construido la relación, desde antes, han incorporado estas concepciones.

A causa de los factores citados, es posible identificar las siguientes situaciones que se dan en la población adolescente:

- Roles sexuales estereotipados que determinan relaciones desiguales o abusivas. Las adolescentes son vulnerables al comportamiento sexual masculino, exponiéndose al contagio de enfermedades de transmisión sexual y a embarazos no deseados.
- Desconocimiento de una concepción integral de la sexualidad, reduciéndola

la al plano genital.

- Valores morales negativos sobre la sexualidad.
- Poca comunicación con la familia sobre el tema.
- Educación e información muy limitadas.
- Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los hombres.
- El ejercicio de la sexualidad en situaciones de riesgo.
- Desinformación y mitos sobre las enfermedades de transmisión sexual, la prevención y el contagio.
- Concepciones genéricas y mitos que limitan el acceso y el uso de métodos anticonceptivos.
- Maternidad y paternidad adolescente y sus consecuencias.
- Prostitución en edades tempranas.

1.1 Recomendaciones

- La redefinición de estrategias en atención de la salud integral adolescente con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, debe incidir en los patrones de socialización genérica; promover el desarrollo de una personalidad plena y no solamente el desarrollo de la personalidad que corresponde al deber ser masculino y al deber ser femenino, fomentar relaciones equitativas y una vida sexual sana, segura y

responsable. La incidencia en los patrones de socialización, es necesaria en todos los grupos generacionales y en todos los sectores sociales. El factor género debe convertirse en un eje transversal en la redefinición de las estrategias.

- Con respecto a los proyectos de vida, las y los jóvenes deben contar con información y orientación que les ayuden a adoptar decisiones en forma responsable y adaptadas a la realidad. Las decisiones responsables se relacionan también con decisiones en torno a prácticas sexuales y reproductivas sanas. Lo anterior es insuficiente si no se cuenta con las condiciones socioeconómicas necesarias.
- Es necesario ejecutar programas desde diversos escenarios: familia, educación, salud, trabajo y comunidad. Estos programas deben educar a los jóvenes para compartir las responsabilidades con las jóvenes, sobre los métodos y prácticas anticonceptivas, las labores domésticas, la crianza de los hijos e hijas y para que acepten su responsabilidad en las enfermedades de transmisión sexual y respeten la libre determinación de las mujeres.
- Se considera fundamental la implementación y ejecución de programas informativos y educativos sobre enfermedades de transmisión sexual, dirigidos a la población adolescente escolarizada y no escolarizada.
- Se identifica la necesidad de ejecutar programas informativos y educativos sobre maternidad y paternidad responsable, dirigidos a la población adoles-

cente escolarizada y no escolarizada.

- Urge crear redes de apoyo comunitario contra el abuso y la violencia sexual y de prevención de la prostitución infantil y adolescente. Estas iniciativas podrían ser promovidas por el Sector Salud y ejecutadas en conjunto con organizaciones de la comunidad.
- Es necesario que el Ministerio de Salud, el Ministerio de Seguridad Pública y el Patronato Nacional de la Infancia tomen medidas drásticas contra los negocios que promueven la prostitución infantil y adolescente.
- Es importante iniciar un proceso de inducción con madres adolescentes sobre los protocolos de atención prenatal, parto y post parto, con el fin de familiarizarlas en las rutinas de control. En este proceso, es conveniente la compañía de una persona de confianza de la adolescente.

2. Atención en los Servicios de Salud con énfasis en salud sexual y salud reproductiva

- La demanda de los servicios de salud sexual y salud reproductiva por parte de la población adolescente investigada, fue escasa durante el período de abril a mayo de 1999. El número de adolescentes mujeres que acudió a los servicios de salud duplicó el número de adolescentes varones. La menor demanda de servicios fue de parte de los varones y de la población adolescente no escolarizada en general. Entre las posibles razones que explican esta situación están los factores gené-

ricos que impiden a los hombres solicitar el servicio, así como el desconocimiento y ausencia de mecanismos institucionales para la captación de la población no escolarizada.

- Con respecto a las causas que motivaron la consulta, no figuran abuso, violencia sexual o problemas emocionales. Esto podría estar relacionado con los mitos y estigmas que existen alrededor de las enfermedades emocionales y sobre las víctimas de las agresiones. Otra razón podría ser el sesgo biológico de la atención.
- La mayoría de las y los adolescentes expresaron una opinión muy buena sobre la eficiencia y la prestación de servicios a nivel técnico, profesional y logístico. Se presume que esta percepción está influenciada por la deseabilidad social, el desconocimiento sobre calidad y eficacia de los servicios y la falta de información sobre los derechos de usuarios y usuarias.
- El diagnóstico demostró poca difusión de la información producida por la CCSS y desconocimiento de la línea telefónica "Cuenta Conmigo" N° 800-22-44-911, entre la población adolescente. Un alto porcentaje expresó el deseo de participar en actividades que promuevan los establecimientos de salud.

2.1 Recomendaciones

- Es importante tomar medidas para que la población adolescente tenga el derecho de contar con espacios y personal especializados para su atención, en

los tres niveles de la CCSS. A la vez, se debe procurar que las y los adolescentes conozcan la existencia de este servicio y exijan su adecuado funcionamiento.

- Es muy importante desarrollar estrategias para capacitar a la población adolescente sobre los servicios y derechos que les corresponden, de manera que ellos y ellas mismas vigilen su cumplimiento.
- Es necesario agilizar los procedimientos administrativos y los trámites de consulta y crear mecanismos de detección, captación y de atención de la población adolescente, en los tres niveles, principalmente dirigidos a los grupos que acudieron en menor cantidad.
- Es necesario captar a los varones adolescentes hacia los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Esta medida constituye un medio de información y de cambio de actitudes y prácticas.
- Se deben reforzar los programas que existen, sobre todo para prevenir el abuso y tratar la violencia sexual, tanto a nivel general como con la población adolescente. En este sentido, la función de los Técnicos de Atención Primaria (ATAPS), es fundamental ya que realizan visitas domiciliarias, que podrían aprovecharse para captar esta población.
- Se propone que los espacios de medicina preventiva se utilicen para ofrecer servicios de promoción y prevención sobre salud sexual y salud reproductiva.

- Se requieren acciones en la comunidad de Santa Bárbara para que los materiales informativos producidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y distribuidos por los establecimientos de salud, sean accesibles a la población adolescente escolarizada y no escolarizada.
- Se considera fundamental tomar en cuenta, en la distribución de estos materiales, las características propias de la zona y la utilización de diversos espacios: establecimientos de salud, EBAIS, centros de educación formal, de diversión y de trabajo, kioscos móviles distribuidos en diferentes lugares y aprovechar las actividades donde se concentre población adolescente.
- Para promocionar la línea telefónica “Cuenta Conmigo” N°: 800-22-44-911, se recomienda que los ATAPS distribuyan despleables con información que motive el uso de este medio de apoyo. También se recomienda la utilización de afiches en lugares visitados por la población adolescente.
- Es oportuno aprovechar la disposición de los y las adolescentes, para participar en las actividades que promuevan los establecimientos de salud. Esta actitud puede ser utilizada para lograr la incorporación de esta población en los procesos de promoción y divulgación de la atención integral en salud sexual y salud reproductiva.

3. Recomendaciones metodológicas

En el marco de este Proyecto, es estratégico que los y las funcionarias participantes, reciban capacitación sobre procesos grupales con adolescentes.

Es fundamental que grupos de adolescentes reciban capacitación para convertirse ellos mismos en capacitadores de sus pares o de grupos de adultos.

En la recolección de información sobre sexualidad, es recomendable realizar entrevistas a profundidad y trabajar con grupos focales, esta es una técnica valiosa para recopilar y transmitir información sobre esta temática. Sin embargo, es recomendable complementarla con otras técnicas.

En el campo de la sexualidad, el trabajo con adolescentes debe realizarse, en un inicio, con grupos separados por sexo, de modo que se facilite la libre expresión de sus concepciones. Posteriormente se pueden realizar trabajos con grupos mixtos donde no se encuentren parejas constituidas.

El abordaje en grupo de la maternidad y la paternidad adolescente debe realizarse, inicialmente, en forma separada; para que la presencia de los compañeros no inhiba la expresión de las muchachas y viceversa.

Las personas facilitadoras de grupos que nos sean mixtos, deben de ser del mismo sexo de las personas que participan y en general, no representar figuras de autoridad.

Para lograr un panorama claro de la situación de la población adolescente, es necesario considerar las diversas vivencias desde grupos étnicos, migrantes, estratos sociales, situación de riesgo, etc. Esto con el objetivo de introducir en el marco teórico y en la metodología, elementos que sirvan para comprender sus especificidades.

Es fundamental que el trabajo con la población adolescente, comprenda capacitación sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos y sobre el Código de la Infancia y de la Adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

ACHIO, Mayra y otras (1997). **Propuesta de atención Integral en salud reproductiva. Embarazo en estudiantes de la Universidad de Costa Rica: Una propuesta de atención integral.** N° 725-96-225. Mimeo-grafiado. Centro de Investigaciones Sociales. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

ANDER EGG, Ezequiel (1985). **Técnicas de reuniones de trabajo.** Ed. Humanitas. España.

BRITO, Mireya y otras (1998). **Sexualidad y VIH/SIDA en mujeres de sectores populares.** CEPAM, CDI, Grupo de Mujeres Departamento. Ecuador.

_____ **Adolescencia y Salud. Primera Antología Programa de Atención Integral al Adolescente.** Caja Costarricense del Seguro Social (1991). Costa Rica.

_____ **Boleta de recolección de información historia médica del adolescente.** CLAP-OPS/OMS. Caja Costarricense del Seguro Social (s.f.). Costa Rica.

_____ **Boleta de recolección de información para Carné Peritalanal.** Caja Costarricense del Seguro Social (s.f.). Costa Rica.

_____ **Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Instructivo del encuestador.** Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Economía, Industria y Comercio y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1995). Costa Rica.

_____ **Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Instructivo del supervisor.** Caja Costarricense del Seguro Social. Ministerio de Economía, Industria y Comercio y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1995). Costa Rica.

_____ **Guía de Métodos Anticonceptivos. Sección Salud de la mujer.** Sección Salud integral de la Mujer. Caja Costarricense del Seguro Social (s.f.). Costa Rica.

_____ **Guía Didáctica de Salud Reproductiva.** Sección Salud de la Mujer Departamento Medicina Preventiva. Caja Costarricense del Seguro Social (1995). Costa Rica.

_____ **Guía Didáctica de Salud Reproductiva.** Departamento de Medicina Preventiva, Sección de la Salud de la Mujer. Caja Costarricense del Seguro Social (1998). Costa Rica.

_____ **Manual operativo de las clínicas de atención prenatal.** Departamento de Medicina Preventiva, Sección de la Salud de la Mujer. Caja Costarricense del Seguro Social (1996). Costa Rica.

_____ **Programa Atención Integral al Adolescente. Normas de Atención Integral de Salud: Anexos.** Caja Costarricense del Seguro Social (s.f.). Costa Rica.

_____ **Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para los adolescentes.** Proyecto COS/98/P04. Caja Costarricense del Seguro Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (1998). Costa Rica.

CALDERÓN, Ana L. y Muñoz, Sergio (1998). **Maternidad y Paternidad las dos caras del embarazo adolescente.** Centro para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. San José. Costa Rica.

DEBUS, Mary. (s.f). **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales.** Academia para el Desarrollo Educativo, Healthcom. Estados Unidos de Norteamérica.

FERNÁNDEZ, Janina (1998). **Incorporación de la perspectiva de género en proyectos de interés social.** Programa Mujer, Justicia y Género, Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Costa Rica.

El Embarazo en la Adolescencia: Lineamientos para el diseño de investigaciones de aspectos socioculturales. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Costa Rica.

GUZMÁN, Laura. (1997). **Embarazo y Maternidad Adolescente en Costa Rica.** Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Programa Mujeres Adolescentes - Unión Europea y Comisión Nacional de Atención al Adolescente. Costa Rica. pp 15, 21.

GUZMÁN, A; Fernández, S. y Sanabria, K. (1997). **Participación de la OT en la solución de problemas educativos en Tejarcillos de Alajuelita.** Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Antropología y Sociología, Departamento de Sociología. Costa Rica.

HIDALGO M. de los Angeles y Rodríguez, Julieta (1993). **Programa de Atención integral en Salud de los y las adolescentes. Bases programáticas.** Ministerio de Salud-CCSS. Costa Rica.

KRAUSKOPF, Dina (1998). **Las adolescentes. Nuevos enfoques y perspectiva.** Programa Mujeres Adolescentes. Managua. Nicaragua.

KRAUSKOPF, Dina (1997). **Adolescencia y educación.** UNED. San José. Costa Rica. pp 21, 23.

KONDEL, John (s.f.). **La discusión focal de grupo en la investigación en ciencias sociales: una guía práctica con énfasis en el tema del envejecimiento.** Mimeografiado.

Population Studies Center. University of Michigan. EEUU.

LAGARDE, Marcela (s.f). **Feminismo y política. La participación social de las mujeres.** Mimeografiado.

LAGARDE, Marcela (1994). **Introducción al enfoque de Género.** Conferencia expuesta en el Primer Taller a Técnicos del Instituto Nacional de Aprendizaje y Polos de Desarrollo, del Programa de Capacitación Técnica a Productoras Agropecuarias (MAG-NORAD), UNA, Heredia. Costa Rica.

LAMAS, Marta (1996). **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual.** Programa Universitario de Estudios del Género UNAM. México D.F. México.

MARENCO, Leda y otros (1998). **Del Silencio a la Palabra. Un modelo de trabajo con las mujeres jefas de hogar.** Centro Nacional para el desarrollo de la Mujer y la Familia. Instituto Mixto de Ayuda Social e Instituto Nacional de Aprendizaje. Costa Rica.

Módulo de evaluación rápida, parte 1: indicaciones para usuarios, parte 2: Instrumentos para el acopio de información: Cómo hacer más accesibles los servicios sanitarios destinados a atender las necesidades sexuales y de salud reproductiva de los adolescentes en la escuela. Programa de Salud y Desarrollo de los Adolescentes. Mimeografiado. Organización Mundial de la Salud (s.f).

PICHARDO, Arlette. (1984). **Planificación y programación social.** Editorial de la Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

FALLAS, Hannia (s.f). **Desarrollo psicosocial del adolescente.** En Adolescencia y Salud. Segunda Antología Programa Atención Integral del Adolescente CCSS. San José. Costa Rica.

“Alerta por embarazos: niñas y adolescentes con alta fecundidad”. En Periódico La Nación (5 de agosto de 1999). Sección A. pp. 6ª. San José. Costa Rica .

PORTUGUEZ, Flor (1997). **La violencia contra las mujeres, las niñas y los niños. Una visión de Género.** En Manual de Lecturas para cursos sobre violencia doméstica de las academias de policía. Programa regional de capacitación contra la violencia doméstica. Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Costa Rica.

SALAS, José M. (1997). **La mentira en la construcción de la masculinidad.** En Manual de Lecturas para cursos sobre violencia doméstica de las academias de policía. Programa regional de capacitación contra la violencia doméstica. Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Costa Rica.

VEGA, Flor (1996). **Teoría sexo y género y proceso de socialización.** En Antología. Lecturas para la sensibilización y capacitación

de decanos y docentes de la facultad de Derecho de las Universidades de El Salvador. Programa Regional de Capacitación en violencia doméstica intrafamiliar contra las niñas y los niños, Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Costa Rica.

Conferencias:

BARAHONA Montero M., y García Quesada A. (1996) (Editores). **Conferencia Mundial sobre la Mujer. Plataforma de Acción; Declaración de Beijing.** Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Ministerio de Planificación y Política Económica.

Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo.** 1994.

ANEXOS

ANEXO 1

BOLETA DE INFORMACIÓN PARA ADOLESCENTES INTEGRANTES DE GRUPOS FOCALES

Número de boleta: /__/_/_/ Establecimiento de Salud _____

Fecha: /__/_/_/

Persona encargada de recopilar la información _____

La información brindada es de carácter confidencial, por lo que pueden contestar libremente y sin temor las preguntas. Mucho le agradecemos la información brindada.

Ubicación

1- *Sexo.*

1. Femenino 2. Masculino

2- *Edad en años cumplidos.*

1. (diez) 2. (once)
3. (doce) 4. (trece)
5. (catorce) 5. (quince)
6. (dieciséis) 7. (diecisiete)
8. (dieciocho) 9. (diecinueve)
10. (no responde)

3- *Estado civil actual.*

1. Casada (o) 2. Separada (o) 5. Divorciado (a)
3. Viuda (o) 4. Unión libre 6. Soltera (o)

Trabajo, escolaridad e instrucción

4- *¿Realiza algún trabajo dentro o fuera de su casa por el cual le pagan dinero?*

1. Si Explique: _____
2. No

5- *Si no trabaja y desea trabajar, qué le impide hacerlo? Puede responder varias opciones:*

1. No encuentra trabajo
2. Sólo encuentra trabajo temporalmente
3. Por los estudios
4. Otra razón. Explique _____

Instrucción o escolaridad

6- *¿Sabe leer y escribir?*

1. Si 2. No (pase a la pregunta # 9)

7- *¿Estudia actualmente?*

1. Si 2. No

8- *Estudios:*

1. Primaria incompleta 2. Primaria completa
3. Tercer ciclo 4. Cuarto ciclo
5. Técnico 6. Universitarios
7. Otros Explique: _____

Contexto familiar

9- *¿Usted vive en?*

1. Una casa 2. Una institución
3. No tiene residencia fija
4. Otro. Explique: _____

10- *¿Con quiénes vive usted? (marque con X las alternativas que correspondan)*

1. Mamá 2. Papa
3. Madrastra 4. Padrastro
5. Hermanos (as) 6. Pareja
7. Hijas (os)
8. Otros, Especifique _____

11- *¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?*

1. Menos de veinte mil colones
2. De veinte mil a setenta y cinco mil colones
3. De setenta y cinco mil a ciento cincuenta mil colones
4. De ciento cincuenta mil a doscientos mil colones
5. Más de doscientos mil colones
6. No sabe

ANEXO 2

BOLETA DE INFORMACIÓN PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Número de boleta: / __/ __/ __/

Establecimiento de Salud _____

Fecha: / __/ __/ __/

Para la Caja Costarricense del Seguro Social, USTED ES UNA PERSONA MUY IMPORTANTE. Por esta razón nos interesa atenderla o atenderlo cada vez mejor. Le agradecemos su colaboración al llenar este documento. La información que usted nos brinde será de gran utilidad.

INSTRUCCIONES:

No escriba su nombre.

Marque con una “X” la casilla correspondiente.

Sea lo más sincera o sincero posible.

I- Ubicación.

1- Sexo.

1. Femenino 2. Masculino

2- Edad en años cumplidos.

1. (diez) 2. (once)
3. (doce) 4. (trece)
5. (catorce) 5. (quince)
6. (dieciséis) 7. (diecisiete)
8. (dieciocho) 9. (diecinueve)
10. (no responde)

3- ¿Tiene seguro social?

1. Si 2. No

4- Tipo de seguro.

1. Aseguro directo 2. Aseguro por cuenta propia
3. Aseguro familiar 4. Asegurado por el Estado

5- Estado civil actual.

1. Soltera (o) 2. Casada (o)
3. Separada (o) 4. Viuda (o)
5. Unión libre 6. Divorciada

6- Marque su nivel de estudio actual.

- | | | | |
|------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| 1. Primaria | <input type="radio"/> | 2. Tercer ciclo | <input type="radio"/> |
| 3. Cuarto ciclo | <input type="radio"/> | 4. Técnico | <input type="radio"/> |
| 5. Universitario | <input type="radio"/> | 6. Otro | <input type="radio"/> |

Explique

7. No estoy estudiando. Explique por qué no estudia: _____

7- Trabaja.

- | | | | |
|-------|-----------------------|-------|-----------------------|
| 1. Si | <input type="radio"/> | 2. No | <input type="radio"/> |
|-------|-----------------------|-------|-----------------------|

8- Hijos e hijas.

- | | | | | |
|-------|-----------------------|-----------------|-------|-----------------------|
| 1. Si | <input type="radio"/> | Cuántos ? _____ | 2. No | <input type="radio"/> |
|-------|-----------------------|-----------------|-------|-----------------------|

II. Razón de la visita al Establecimiento de Salud.

9- Por alguno de estos motivos utiliza los servicios del Establecimiento de Salud? (puede marcar más de una respuesta).

- | | |
|--|---|
| 1. Control prenatal | <input type="radio"/> |
| 2. Prevención enfermedades transmisión sexual | <input type="radio"/> |
| 3. Tratamiento enfermedades transmisión sexual | <input type="radio"/> |
| 4. Planificación familiar | <input type="radio"/> |
| 5. Accidentes | <input type="radio"/> |
| 6. Examen físico o chequeo estado de salud | <input type="radio"/> |
| 7. Trastornos emocionales | <input type="radio"/> |
| 8. Agresiones | <input type="radio"/> |
| 9. Enfermedades | <input type="radio"/> Especifique _____ |
| 10. Otros, | <input type="radio"/> Explique _____ |

III. Personal del Establecimiento de Salud.

10- ¿La atención brindada le resolvió el problema por el cual acudió al Establecimiento de Salud?

- | | | | | |
|-------|-----------------------|-------|-----------------------|----------------|
| 1. Si | <input type="radio"/> | 2. No | <input type="radio"/> | Explique _____ |
|-------|-----------------------|-------|-----------------------|----------------|

11- ¿El personal del Establecimiento de Salud está capacitado para brindar atención a la población adolescente?

- | | | | | |
|-------|-----------------------|-------|-----------------------|----------------|
| 1. Si | <input type="radio"/> | 2. No | <input type="radio"/> | Explique _____ |
|-------|-----------------------|-------|-----------------------|----------------|

12- ¿Existe privacidad en la atención?

1. Si 2. No Explique _____

IV. Instalaciones del Establecimiento de Salud.

13- ¿Las instalaciones del Establecimiento de Salud se encuentran en buenas condiciones?

1. Si 2. No Explique _____

14- ¿El Establecimiento de Salud es de fácil acceso?

1. Si 2. No Explique _____

15- ¿Le sirve el horario del Establecimiento de Salud?

1. Si 2. No Explique _____

16- ¿El local de espera es cómodo?

1. Si 2. No Explique _____

V. Atención a la población adolescente.

17- ¿Encontró en el Establecimiento de Salud, material informativo sobre salud sexual y salud reproductiva ?

1. Si 2. No

18- ¿Ha leído o visto material sobre educación sexual hecho por la CCSS o el Establecimiento de Salud?

1. Si 2. No

19- ¿Qué tipo de material ha visto o leído?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Afiches <input type="radio"/> | 2. Volantes <input type="radio"/> |
| 3. Panfleto <input type="radio"/> | 4. Mensajes por la radio <input type="radio"/> |
| 5. Televisión <input type="radio"/> | 6. Otros <input type="radio"/> |

20- ¿Realiza el Establecimiento de Salud algunas de estas actividades para adolescentes?

1. Charlas
2. Grupos de madres adolescentes
3. Grupos de adolescentes protagonistas o líderes del PAIA
4. Otros
5. No sabe

21- ¿Conoce la línea telefónica: 800-22-44-911?

1. Si 2. No

22- Califique la atención recibida:

- | | | | |
|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
| 1. Excelente | <input type="radio"/> | 2. Muy buena | <input type="radio"/> |
| 3. Buena | <input type="radio"/> | 4. Regular | <input type="radio"/> |
| 5. Mala | <input type="radio"/> | 6. Muy mala | <input type="radio"/> |

23- La cita para ser atendido (a) fue dada:

- 1. El mismo día que la solicitó
- 2. Después de una semana de solicitada
- 3. Después de un mes de solicitada

24- ¿El día de la cita, tuvo que esperar, para ser atendido (a)?

- 1. Muy poco tiempo
- 2. Mucho tiempo

25- Estaría dispuesta(o) a participar en grupos o en actividades para adolescentes que organiza el Establecimiento de Salud?

- 1. Si
 - 2. No
- Explique _____

26- Indique en este espacio cualquier queja, comentario o sugerencias sobre la atención recibida:

ANEXO 3

GUÍAS DE DISCUSIÓN PARA LOS GRUPOS FOCALES

I. SESIÓN.

EJE TEMÁTICO SOCIALIZACIÓN.

1. Indague sobre juegos.

¿Qué jugaron de niños (as) y les hubiera gustado jugar de otra cosa? ¿Por qué?

¿Cómo se sintieron con esos juegos? Disfrutaron? ¿Por qué?

¿Cómo se sentían los niños que jugaban juegos de niñas? ¿Por qué?

¿Cómo se sentían las niñas que jugaban juegos de niños? ¿Por qué?

¿Si no jugaban, qué cosas hacían? ¿Por qué?

2. Indague sobre roles familiares y mitos en la socialización entre hombres y mujeres.

¿Qué les han enseñado sobre ser hombre y ser mujer en sus familias?

¿Qué les han enseñado sobre ser hombre y ser mujer fuera de sus familias?

¿Cómo y quénes les enseñó?

¿Están de acuerdo con éso que les enseñaron? ¿Por qué?

¿Cómo se sienten? Le cambiarían algo? ¿Por qué?

3. Indague sobre relaciones de poder.

¿Cómo se toman los acuerdos en sus familias, con respecto a permisos, decisiones suyas (de los y las adolescentes), disciplina? ¿Por qué?

4. Indague sobre proyecto de vida, educación y trabajo diferenciados entre hombres y mujeres.

¿Cómo se imaginan ustedes su vida como adulto?

¿Cuáles son sus sueños?

¿Y en este momento, qué están haciendo para lograrlo?

¿Con qué posibilidades, oportunidades o recursos cuentan para lograrlo, a nivel de la familia y comunidad donde viven?

5. Indague sobre noviazgo, fuentes de información y conocimientos sobre sexualidad.

¿Cómo empiezan los noviazgos aquí?

¿Cómo hacen para verse?

¿Los papás y mamás tienen conocimiento de estos noviazgos? ¿Por qué? ¿Qué piensan ellos?

¿Han oído hablar de los “amigos con derechos” ?

¿Qué diferencia hay entre amigos con derechos y un novio (a)? Profundice las razones aducidas.

¿Y cuando ustedes necesitan información sobre sexualidad, qué hacen para obtenerla?

¿Es suficiente la información que obtienen? ¿Les satisface? ¿Por qué?

II. SESIÓN.

EJE TEMÁTICO: “SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL”.

1. Indague sobre prácticas sexuales, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA y mitos relacionados con estos puntos.

¿Qué entiende cada uno de ustedes por sexo?

¿Y por sexualidad?

¿Y por relaciones sexuales?

¿Cómo perciben los y las adolescentes los cambios físicos que se dan en el desarrollo sexual?

¿Y hablando de relaciones sexuales, ¿que hacen los adolescentes cuando tienen relaciones sexuales? (¿Y qué más?...)

¿Y para ustedes, cuál es el momento para iniciar relaciones sexuales? ¿Y por qué?

¿En qué condiciones inician las relaciones sexuales actualmente? ¿Por qué?

¿Qué saben ustedes de enfermedades de transmisión sexual (“enfermedades venéreas”)? ¿Cómo se transmiten?

¿Cómo se previenen o protegen de las enfermedades de transmisión sexual y del SIDA?

¿Y aquí, se protegen los adolescentes? ¿Cómo?

III. SESIÓN.

EJE TEMÁTICO: “SALUD REPRODUCTIVA”.

1. Indague sobre métodos anticonceptivos, mitos o prácticas tradicionales sobre estos métodos y fuentes de información.

¿Cuáles métodos o prácticas anticonceptivas (para evitar embarazar o ser embarazadas) conocen ustedes? Descríbalos; ¿cómo se utilizan y qué tan seguros son?

¿Si requieren información sobre métodos anticonceptivos, a quién o adónde la solicitan los adolescentes?

ESTA GUÍA ES PARA SER USADA SOLAMENTE CON EL GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES.

¿Cómo se sintieron al conocer que iban a ser madres adolescentes?

¿Cómo se sintieron al conocer que iban a ser padres?

¿Cuál fue la actitud de las familias ante el embarazo?

¿Cambiaron o no cambiaron sus proyectos de vida con la maternidad?

¿Cambiaron o no cambiaron sus proyectos de vida con la paternidad?

1. Indague sobre el control pre, durante y post parto recibido.

¿Recibieron alguna orientación sobre la maternidad? ¿Por qué?

¿Qué efectos/resultados/utilidad les dio la orientación? ¿Por qué?

ANEXO 4

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES “SITUACIONES DE RIESGO PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LA COMUNIDAD”.

NOMBRE _____
INSTITUCIÓN, ONG O GRUPO _____
COMUNIDAD _____ FECHA _____

1. ¿Cuál es la relación de la institución, organización o ONG que usted representa, con la población adolescente de la comunidad?

2. ¿En el grupo o institución donde presta sus servicios, qué relación tiene con la población adolescente de la comunidad?

3. ¿Identifica, adolescentes varones, en situaciones de riesgo, en esta comunidad?. Cuáles son esas situaciones de riesgo?

4. ¿Identifica, adolescentes mujeres, en situaciones de riesgo, en esta comunidad?. Cuáles son esas situaciones de riesgo?

5. ¿Existe en su comunidad, un número significativo de adolescentes varones en situaciones como las siguientes?:

Drogadicción	<input type="radio"/>	Alcoholismo	<input type="radio"/>
Desintegración familiar	<input type="radio"/>	Violencia doméstica	<input type="radio"/>
Abuso sexual e incesto	<input type="radio"/>	Suicidios e intentos de suicidio	<input type="radio"/>
No escolarizados	<input type="radio"/>	Desempleados	<input type="radio"/>
Trabajadores del sexo	<input type="radio"/>	Migrantes	<input type="radio"/>
Institucionalizados	<input type="radio"/>	En la calle	<input type="radio"/>

6. ¿Existe en su comunidad un número significativo de adolescentes mujeres, en situaciones como las siguientes?:

Drogadicción	<input type="radio"/>	Alcoholismo	<input type="radio"/>
Desintegración familiar	<input type="radio"/>	Violencia doméstica	<input type="radio"/>
Abuso sexual e incesto	<input type="radio"/>	Suicidios e intentos de suicidio	<input type="radio"/>
No escolarizados	<input type="radio"/>	Desempleados	<input type="radio"/>
Trabajadores del sexo	<input type="radio"/>	Migrantes	<input type="radio"/>
Institucionalizados	<input type="radio"/>	En la calle	<input type="radio"/>

7. ¿Qué alternativas, a nivel comunal, tienen los adolescentes para salir de las situaciones de riesgo?

8. ¿Qué alternativas, a nivel comunal, tienen las adolescentes para salir de las situaciones de riesgo?

9. Observaciones, recomendaciones, sugerencias

ANEXO 5

LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS

Prof. Héctor López Villalobos. Director Escuela Juan Mora Fernández, Santa Bárbara, 19 de abril de 1999.

Dr. Marco Tulio Zumbado Ulate. Área Rectora del Ministerio de Salud, Santa Bárbara, 21 de abril de 1999.

Dr. Francisco Matus. Director de la Clínica de Santa Bárbara, 13 de mayo de 1999.

Sr. Juan Ramón Aguilar. Presidente de la Cruz Roja, Santa Bárbara, 14 de mayo de 1999.

Sr. Jesús Francisco Solís Vega. Delegación Cantonal, Policía Rural, Santa Bárbara, 15 de abril de 1999.

ANEXO 6

LISTA DE COLABORADORAS Y COLABORADORES DE LAS ACTIVIDADES DEL DIAGNOSTICO COMUNAL

Área de Salud de Santa Bárbara

Dr. Francisco Matus.
Licda. Karla Bolaños B.
Licda. Gladys Portuguese R.
Licda. Silvia Yockchen.
Sra. Ana Lidiette Benavides.
Sr. Cristian Campos.
Sra. Grace Hernández.
Sra. Floribeth Calderón.

Hospital de Heredia

Licda. Rosario Ruiz O.
Dra. Cecilia Martínez S.
Dra. Dalay Masís Aguilar.

Hospital México

Dra. Angélica Vargas.
Dra. Flory Morera Soto.
Licda. Mercedes Miranda A.

Dirección Regional

Licda. Hannia Fallas.

