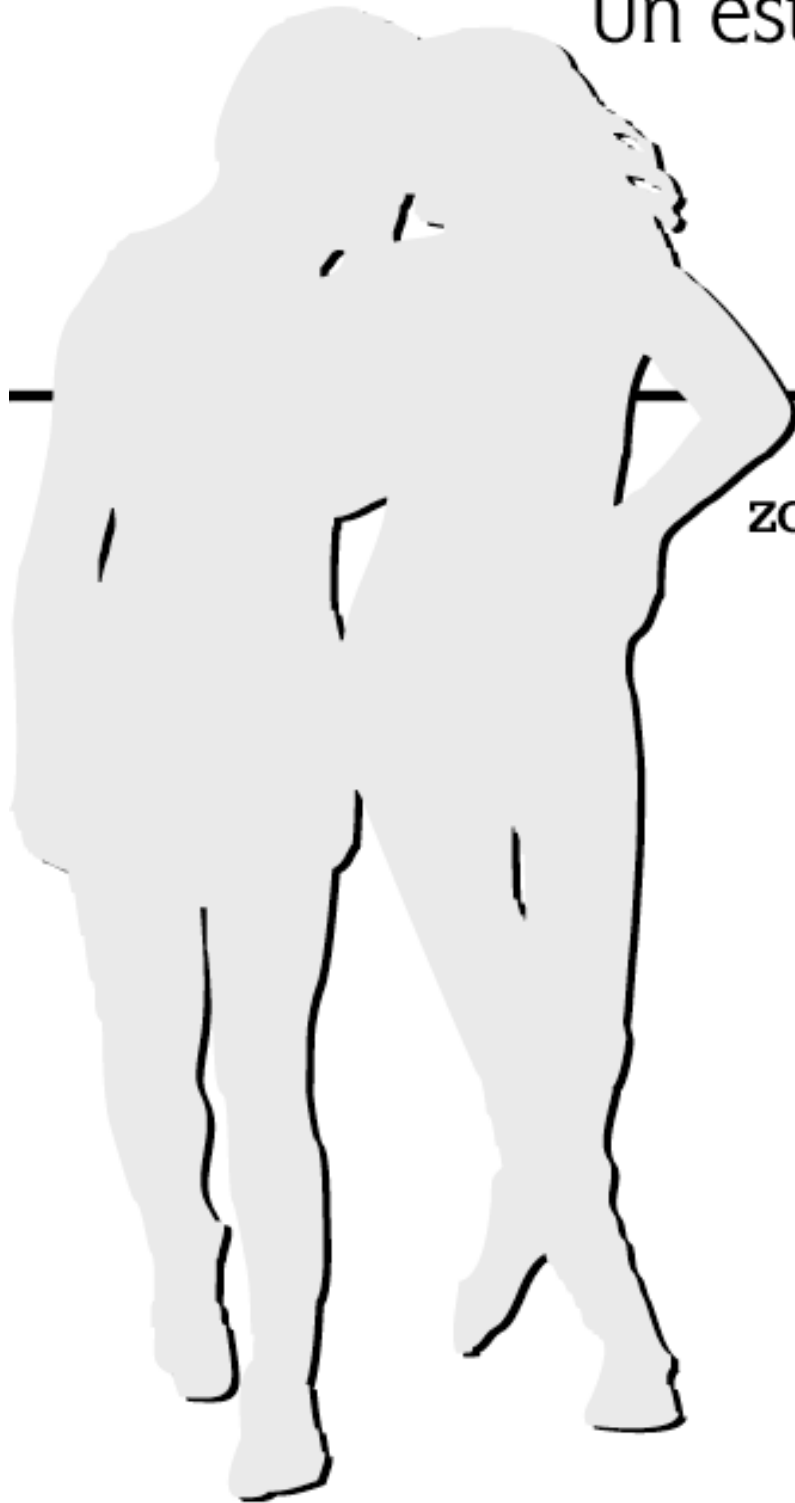


SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Un estudio sobre sus
conocimientos,
actitudes y
prácticas



ZONA RURAL PORTUARIA
GOLFITO

Autores:

Julieta Rodríguez Rojas

Carlos Garita Arce

Mynor Sequiera Solano

Marco Díaz Alvarado



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

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

Créditos

Autores:

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

Asistencia técnica:

Ofelia Quirós Araya
Flor Portuguez Calderón
Lorena Guzmán Torres

Edición:

Ofelia Quirós Araya
Flor Portuguez Calderón

Revisión de estilo:

Seidy Salas Víquez

Agosto, 1999

San José Costa Rica

Nuestro agradecimiento al Dr. Manuel Hernán Rodríguez, Director Hospital de Golfito, Dr. Jorge Brenes Durán, Director del Área de Salud de Golfito, a la Licda. Olga Marta Hidalgo B. Coordinadora de Área del PAIA, al personal que colaboró con las actividades del diagnóstico y muy especialmente a los y las adolescentes que compartieron sus experiencias y brindaron la información que hizo posible esta investigación.

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

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

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

IMPRESO EN COSTA RICA - SETIEMBRE 1999

CONTENIDO

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

CAPÍTULO TERCERO**RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO** 29

I. Acerca del cantón de Golfito 29

II. Situaciones de riesgo de la población adolescente 32

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

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

V. Análisis de la información de los grupos focales 41

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

2. Acerca de la sexualidad 53

3. Acerca de la salud sexual y reproductiva 57

4. Acerca de la maternidad 61

CAPÍTULO CUARTO**RECOMENDACIONES** 65**BIBLIOGRAFÍA** 73**ANEXOS**ANEXO 1. Boleta de información para adolescentes
integrantes de grupos focales 79ANEXO 2. Boleta de información para la población adolescente
usuaria de los servicios de salud 81

ANEXO 3. Guías de discusión para los Grupos Focales 85

ANEXO 4. Entrevista a informantes claves. “Situaciones de Riesgo
para la Población Adolescente de la Comunidad” 87

ANEXO 5. Lista de personas entrevistadas 88

ANEXO 6. Lista de colaboradoras y colaboradores de las
actividades del diagnóstico comunal 89

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

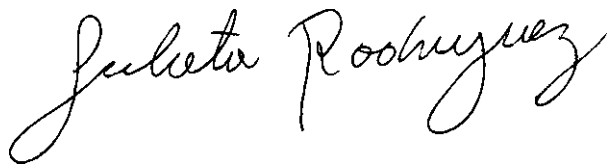
Estos resultados que nos hablan de los miedos, temores y sufrimientos de diferentes grupos de adolescentes, algunos de ellos muy postergados, representan el invaluable insumo para la segunda parte del proyecto, que ejecutamos gracias al apoyo técnico y financiero del UNFPA; la definición de estrategias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

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

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

Nuestro imperecedero agradecimiento al UNFPA por permitirnos vivir esta experiencia.

Atentamente,



Dra. Julieta Rodríguez Rojas

DIRECTORA

PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO PRIMERO

PROYECTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

CAPÍTULO PRIMERO

PROYECTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

I. ASPECTOS GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y METAS

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

1. Funcionamiento en subredes

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

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

Antecedentes del Programa de Atención Integral a la Adolescencia

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

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

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

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

luación del impacto de los Compromisos de Gestión.

Las subredes elegidas fueron las siguientes:

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

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

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

2. Información, educación y comunicación

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

3. Capacitación

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

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

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

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

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

Identificar los grupos prioritarios de adolescentes.

Implementar el enfoque de género.

Implementar un enfoque integral de atención a la salud adolescente.

5. Coordinación interinstitucional

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

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

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

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

Revisión del sistema de referencia y contrarreferencia.

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

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

Coordinación con otras instituciones gubernamentales.

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

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

III. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

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

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

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

IV. OBJETIVO DE DESARROLLO

El proyecto plantea como objetivo de desarrollo:

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

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

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

CAPÍTULO SEGUNDO

DIAGNÓSTICO

CAPÍTULO SEGUNDO

DIAGNÓSTICO

I. OBJETIVO GENERAL DEL DIAGNÓSTICO

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

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

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

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

1. Concepción de la Adolescencia

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Construcción de las identidades de género

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

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

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

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

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

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

3. Construcción de las identidades sexuales

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

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

4. Maternidad y paternidad adolescente

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

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

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

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

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

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

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

5. Construcción de un proyecto de vida

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

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

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

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

6. Salud sexual y reproductiva

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

Sobre relaciones entre los sexos, la Conferencia Internacional reconoce:

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

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

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

Los documentos de la Conferencia conceptualizan la salud reproductiva como:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

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

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

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

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

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

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

1. Las situaciones investigadas

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

Situación demográfica.

Trabajo, Escolaridad e Instrucción.

Comunidad.

Socialización.

Sexualidad.

Salud Sexual.

Salud Reproductiva.

Atención en Salud Sexual y Reproductiva.

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

2. Técnicas de recolección de información

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

2.1 Los Grupos Focales

Los criterios de selección para constituir los Grupos Focales fueron:

Población escolarizada dividida según edad y sexo.

Población no escolarizada dividida según edad y sexo.

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

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

Grupo N°1

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

Grupo N°2

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

Grupo N°3

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

Grupo N°4

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

Grupo N°5

Diez muchachas, no escolarizadas de 15 a 19 años.

Grupo N°6

Diez muchachos, no escolarizados de 15 a 19 años.

Grupo N°7

Cinco madres adolescentes, con sus respectivas parejas.

Grupo N°8

Diez madres adolescentes sin pareja.

Temas de discusión de los Grupos Focales

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

En el eje temático “Socialización”, se indagó acerca de los procesos de socia-

lización diferenciados por género, los mitos, las relaciones de poder, los proyectos de vida y las relaciones de pareja.

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

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

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

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

Talleres de capacitación

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

Sesiones de discusión de los Grupos Focales

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

En los Grupos Focales realizados en Golfito, participaron adolescentes de las localidades de Golfito Centro, La Mona, Puerto Jiménez, EBAIS de Conte, Villa Briceño y Pueblo Nuevo, entre otras.

2.2 Entrevistas

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

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

2.3 Recolección de información sociodemográfica en fuentes secundarias

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

Ubicación geográfica, superficie territorial y actividades económicas.

Población total, población adolescente, grupos etarios.

Instituciones educativas.

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

Grupos organizados de adolescentes en la comunidad.

2.4 Encuesta a población adolescente usuaria de los servicios de salud

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

2.5 Encuestas a participantes de los Grupos Focales

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

3. Sistematización y análisis de la información

La información suministrada por las y los adolescentes en los Grupos Focales

fue grabada y transcrita para su posterior sistematización y análisis.

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

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

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

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

IV. CRITERIOS ÉTICOS

El tema de investigación es delicado y de difícil abordaje por su carácter íntimo que puede, sin querer, irrespetar la experiencia de vida de los y las adolescentes, o remover vivencias dolorosas. Para evitar este tipo de situaciones, se utilizaron los siguientes criterios éticos:

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

Autorización para utilizar la información entregada (Consentimiento Informado).

Confidencialidad y anonimato del origen de la información.

Respeto al criterio de las y los adolescentes.

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

Conocimiento y respeto del medio en que viven.

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

V. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

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

Es importante señalar que esta investigación, como toda investigación de orden cualitativo, no pretende ser exhaustiva, ni representativa de la realidad de toda la población adolescente del país ni de la localidad donde se llevó a cabo. La diversidad social y cultural de esta población es muy amplia y requiere estudios específicos. Aún así, los resultados de la

investigación constituyen insumos importantes y válidos para el desarrollo de nuevas estrategias de acción para la comprensión de la salud sexual y la salud reproductiva.

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

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

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

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

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

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

Un aspecto importante de señalar fue que, en este grupo, la presencia del esposo o compañero inhibió la participación de las muchachas.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO TERCERO

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

CAPÍTULO TERCERO

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

I. ACERCA DEL CANTÓN DE GOLFITO

El cantón de Golfito forma parte de la provincia de Puntarenas y se ubica en la Región Brunca. Lo constituyen cuatro distritos: Golfito Centro, Puerto Jiménez, Guaycará y Pavones. Su área es de 1,753 km² con una población total de 36,030 habitantes. (Ver cuadros A y B).

La comunidad de Golfito tiene una población de adolescentes que representa un 22.6% de la población total, repartidos en un 53.6% en edades de 10 a 14 años y un 46.4% entre los 15 y los 19 años. De estos dos grupos, en las edades de 10 a 14 años hay un 51.4% de población masculina y un 48.6% femenina, mientras que en el segundo grupo de edad, de 15 a 19 años, hay un 52.1% de población masculina y un 47.8% 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).

Sobre el acceso a la educación, tal como se muestra en el Cuadro C, existen diferencias importantes entre los distintos

niveles educativos. Hay un total de 107 instituciones, todas de carácter mixto. Las escuelas primarias representan un 90%, las secundarias, un 5.3% y las universitarias y técnicas, un 3.7%. La población escolar es de 5,820 personas y la de secundaria es de 2,225. No se presentan diferencias importantes, en los distintos niveles, entre la población masculina o femenina.

Con respecto a los Servicios de Salud, Golfito cuenta con 5 centros de nutrición, un hospital, 3 clínicas 13 puestos de salud, 6 consultorios médicos privados, 3 consultorios odontológicos y 2 farmacias para un total de 33 lugares dedicados a la atención en salud. (Ver cuadro D).

Existen 5 organizaciones de Asistencia Social: el IMAS, el PANI y 3 organizaciones privadas, como el Centro de Atención de Farmacodependencia, el Grupo Alianza de Mujeres y la Junta de Protección de la Infancia. (Cuadro D). La comunidad cuenta con un total de 33 instalaciones deportivas, entre ellas 28 canchas de fútbol, 2 de basket, un gimnasio, un polideportivo y un estadio. En instalaciones recreativas, se menciona la existencia de 6 lugares: 4 de juegos electrónicos, un salón de patines y uno de baile. (Ver cuadro D).

Golfito, presenta un número significativo de grupos organizados que inclu-

yen 8 grupos comunales, 5 grupos religiosos, 4 artísticos, uno de la Cruz Roja, y tres grupos ecologistas, para un total de 21 grupos organizados. (Ver cuadro E).

Con respecto a las posibilidades económicas, el cantón se dedica principalmente, a actividades agropecuarias, pesca, servicios y comercio. (Ver cuadro A).

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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA				SUPERFICIE TERRITORIAL Km ²	ACTIVIDADES ECONÓMICAS
REGIÓN	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITOS		
Brunca	Puntarenas	Golfito	Golfito Centro	345.60 Km ²	Agropecuarias Pesca Servicios Comercio
			Puerto Jiménez	720.54 Km ²	
			Guaycará	324.66 Km ²	
			Pavones	363.16 Km ²	
			Total	1,753Km ²	

Fuentes: Ministerio de Salud. Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) 1998.
Dra. Jessenia Castro Alvarez y otros. Diagnóstico del Area de Salud de Golfito, 1999.

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

POBLACIÓN TOTAL		POBLACIÓN ADOLESCENTE				GRUPOS ETARIOS POBLACIÓN ADOLESCENTE						
ABS. 36,030		ABS. 8,166 %22.6				GRUPO ETARIO	F		M			
F	M	F	M	F	M		Abs.	%	Abs.	%		
Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
16,961	47.0	19,069	52.9	3,928	48.1	4,238	51.8	10 - 14 años	2,103	48.6	2,248	51.4
								Abs.4,351 %53.6				
								15 -19 años	1,825	47.8	1,990	52.1
								Abs.3,815 %46.4				

Fuente: Plan Anual Operativo, 2000. Hospital de Golfito.

CUADRO C
INSTITUCIONES EDUCATIVAS
COMUNIDAD DE GOLFITO
1999

INSTITUCIONES	TIPO POBLACIÓN			TOTAL INSTITUCIONES
	MIXTA	FEMENINA	MASCULINA	
Primarias	97 (población 5,820)	-	-	97
Secundarias	6 (población 2,225)	-	-	6
Vocacionales	-	-	-	-
INA	1	-	-	1
Parauniversitarias	1	-	-	1
Universitarias	2	-	-	2
Otras	-	-	-	-
INSTITUCIONES SEGÚN TIPO DE POBLACIÓN	107	-	-	107

Fuente: Dirección Regional Coto Sur. Ministerio de Educación Pública.

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

SALUD		ASISTENCIA SOCIAL		DEPORTIVOS		RECREATIVOS	
TIPO	CANT.	TIPO	CANT.	TIPO	CANT.	TIPO	CANT.
Centros de Nutrición.	5	Centro Atención de Farmacodependencia (*).	1	Canchas fútbol.	28	Juegos electrónicos.	4
Hospital.	1	PANI.	1	Canchas basquetbol.	2	Salón de patines.	1
Clínicas.	3	IMAS.	1	Gimnasio Municipal.	1	Salón bailes juveniles.	1
Puestos salud.	13	Grupo Alianza de Mujeres.	1	Estadio.	1		
Consultorios privados.	6	Junta de Protección a la Infancia.	1	Polideportivo.	1		
Consultorios odontológicos.	3						
Farmacia.	2						
TOTAL	33		5		33		6

Fuentes: Plan Operativo 2000, Hospital de Golfito.

Ministerio de Salud, Análisis Situación Integral de Salud ASIS, 1998.

Observaciones: (*) ACEPRAG brinda servicios de atención, internamiento y tratamiento a varones adolescentes y adultos para la rehabilitación y recuperación en la adicción a las drogas.

CUADRO E
GRUPOS ORGANIZADOS DE ADOLESCENTES
COMUNIDAD DE GOLFITO
1999

GRUPOS	TIPO POBLACIÓN			TOTAL GRUPOS
	MIXTA	FEMENINA	MASCULINA	
PAIA	-	-	-	-
Madres adolescentes	-	-	-	-
Religiosos	5	-	-	5
Artísticos	4	-	-	4
Comunales	8	-	-	8
Cruz Roja Juvenil, primeros auxilios	1	-	-	1
Ecologistas, montañismo	3	-	-	3
Scouts	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
TOTAL TIPO POBLACIÓN	21	-	-	21

Fuente: Entrevista coordinador del Movimiento Nacional de Juventudes y líder religioso, Golfito, 1999.

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 Golfito, se hicieron entrevistas a personas que realizan acciones preventivas, de consejería, orientación vocacional y educación relacionadas directamente con la población adolescente.

Se realizó un total de 10 entrevistas, se incluyeron 4 funcionarios de centros educativos de primaria y secundaria, 3 representantes de la iglesia católica y 3 representantes de instituciones gubernamentales (Caja Costarricense del Seguro Social y el Patronato Nacional de la Infancia). Todas estas personas se involucran en la planificación de actividades dirigidas a adolescentes y en la formulación de proyectos dirigidos a esta población.

Las personas entrevistadas señalaron los principales problemas de la población

adolescente en la zona, sobre todo los relacionados con las situaciones de riesgo social, las causas de estos problemas y las recomendaciones para superarlos.

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

Para los varones:

“Drogadicción.

Estancamiento académico por falta de centros educativos de segunda enseñanza.

Falta empleo.

Irresponsabilidad sexual.

Desintegración familiar y falta de estímulo en el hogar, agresión.

Prostitución heterosexual, homosexual y bisexual.

Ausencia de proyecto de vida.”

Para las mujeres:

“Drogadicción y alcoholismo.

Despreocupación de los padres, autoritarismo en el hogar, baja autoestima.

Estancamiento académico, conformismo con labores domésticas.

Embarazo temprano.

Violencia intrafamiliar y abusos sexuales.

Prostitución.

Pobreza.”

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). Sin embargo, se señaló que ambos grupos comparten el riesgo de prostitución, lo cual se acentúa por las características portuarias de la comunidad, los antecedentes históricos de zona bananera y actualmente, por falta de oportunidades de trabajo y estudio.

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

“Planeamiento de proyecto de vida personal.

Integrarse a grupos juveniles organizados. (Crear más organizaciones juveniles, centros recreativos, grupos artísticos, grupos religiosos).

Programas de capacitación en el INA (Instituto Nacional de Aprendizaje). Apoyo a las instituciones educativas, de orientación y a la Clínica del Adolescente.

Utilizar técnicas más llamativas con los adolescentes, para que participen en talleres y otras actividades de prevención.

Crear suficientes espacios de sana diversión, fomentar el deporte de la pesca.

Remitir a un centro de rehabilitación a los drogadictos.

Crear un albergue de atención a jóvenes que lo necesitan.

Realizar talleres de sexualidad, autoestima y otros, coordinados con el departamento de orientación del colegio.

Fomentar el trabajo interdisciplinario con la población adolescente y la coordinación interinstitucional con profesionales capacitados y motivados a trabajar con la población adolescente.

Fortalecer los valores familiares y espirituales de la comunidad”.

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

La población que acudió a los grupos focales de Golfito, estuvo constituida por 75 adolescentes con las siguientes características: 40% hombres y 60% mujeres. De éstos, la mayoría (62.7%) se concentra en edades entre los 10 y 14 años (Ver cuadros N° 1 y 2).

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

SEXO	Abs.	%
Femenino	45	60.0
Masculino	30	40.0
Total	75	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 GOLFITO
ABRIL - MAYO 1999

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
10 a 14	25	33.4	22	29.4	47	62.7
15 a 19	20	26.6	8	10.6	28	37.3
TOTAL	45	60	30	40	75	100

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

En esta comunidad hay un porcentaje reducido que trabaja actualmente, un 82.7% no se encuentra trabajando. (Ver cuadro N°3).

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

TRABAJO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	4	5.4	7	9.4	11	14.6
NO	40	53.3	22	29.3	62	82.7
No responde	1	1.3	1	1.3	2	2.7
TOTAL	45	60	30	40	75	100

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

Un 50.6% de la población estudia actualmente, (ver cuadro N° 4). Si esta información se cruza con la información del Cuadro N° 3, se evidencia que aproximadamente un alto porcentaje de la población adolescente no trabaja ni estudia. Es un porcentaje importante de adolescentes inactivos que no han encontrado espacio en la educación formal ni en el mercado laboral.

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

ESTUDIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
ACTUALMENTE						
SÍ	18	24	20	26.6	38	50.6
NO	27	36	9	12.0	36	48.0
No responde	-	-	1	1.4	1	1.4
TOTAL	45	60	30	40	75	100

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

Como se evidencia en el siguiente cuadro, el 77.4% de la población adolescente encuestada cumple con el nivel educativo de primaria, si se unen las categorías de completa e incompleta. Un 21.3% se ubica en secundaria, lo que se puede entender porque la mayoría de la población se encuentra en edades de 10 a 14

años, que todavía está en primaria. Se presentan desajustes entre la población que cursa primaria y la que se encuentra en los niveles superiores de educación formal. Se evidencia la dificultad de acceso a la enseñanza secundaria y a la enseñanza superior. (Ver cuadro N°5).

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

NIVEL ACADEMICO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primaria incompleta	24	32.0	16	21.3	40	53.4
Primaria completa	16	21.3	2	2.7	18	24.0
Tercer ciclo	4	5.4	11	14.7	15	20.0
Cuarto ciclo	1	1.3	-	-	1	1.3
Técnico	-	-	-	-	-	-
No responde	-	-	1	1.3	1	1.3
TOTAL	45	60	30	40	75	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 Golfito, entre los meses de abril y mayo de 1999, se encuestó a 63 adolescentes con las siguientes características: un 69.9 % de mujeres y un 30.1% de hombres. Durante este período la cantidad de mujeres que acudió a consulta duplicó el número de hombres; de esta población el 82.5%, se concentró en el segmento de adolescencia tardía. (Ver Cuadro N°6).

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

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
10 a 14	5	8.0	6	9.5	11	17.5
15 a 19	39	61.9	13	20.6	52	82.5
TOTAL	44	69.9	19	30.1	63	100

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

La población entrevistada, independientemente de su sexo, tiene Seguro Social casi en su totalidad; sólo en el caso de las mujeres, un porcentaje muy pequeño (4.7%) no cuenta con el Seguro, mientras que los hombres, en su totalidad, están cubiertos por el Seguro. Esta situación incumple los derechos que se otorgan en el Código de la Infancia y la Adolescencia sobre la cobertura obligatoria del Seguro Social para toda la población adolescente. (Ver cuadro N° 7).

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

TIENE SEGURO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	41	65.0	19	30.1	60	95.2
NO	3	4.7	-	-	3	4.8
TOTAL	44	69.9	19	30.1	63	100

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

Como se observa en el cuadro N°8, la mayoría de las y los adolescentes atendidos corresponde a población escolarizada, pues solo un 4.8% no estudia. De la población escolarizada, un 44.4% cursa la enseñanza secundaria y un 28.6% se en-

cuenta en primaria. Un porcentaje importante, 22.2%, recibe educación universitaria o técnica. Es preocupante la ausencia de consultas por parte de la población adolescente no escolarizada, problema al cual se le debe prestar la atención necesaria.

En lo que se refiere a búsqueda de atención en los servicios de salud, (ver cuadro N° 9) 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 28.6 % de las razones de visita. En el plano preventivo, hay un porcentaje importante, 36.4% 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 con-

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

NIVEL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primaria	11	17.4	7	11.1	18	28.6
Tercer ciclo	12	19.0	4	6.3	16	25.4
Cuarto ciclo	10	16.0	2	3.2	12	19.0
Técnico	6	9.5	2	3.2	8	12.7
Universitario	2	3.2	4	6.3	6	9.5
No estudia	3	4.8	-	-	3	4.8
TOTAL	44	69.9	19	30.1	63	100

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

trol prenatal, representan un 27.1% 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.

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

MOTIVO DE LA VISITA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Control prenatal	11	17.5	-	-	11	17.5
Prevención de enfermedades transmisión sexual	1	1.6	2	3.1	3	4.8
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	-	-	-	-	-	-
Planificación familiar	3	4.8	-	-	3	4.8
Accidentes	1	1.6	2	3.1	3	4.8
Examen físico o chequeo estado de salud	14	22.2	9	14.3	23	36.4
Trastornos emocionales	-	-	-	-	-	-
Agresiones	-	-	-	-	-	-
Enfermedades (asma, resfrío, alergias)	10	15.9	5	8.0	15	23.8
Otros	4	6.3	1	1.6	5	8.0
TOTAL	44	69.9	19	30.1	63	100

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

La información del cuadro N°10, permite visualizar que la mayoría de la población adolescente usuaria de los servicios no tiene hijos e hijas. La cifra es del 84.1%, mientras que las madres adolescentes suman el 15.9%. Un pequeño porcentaje, 1.6%, corresponde a visitas de padres adolescentes.

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

TIENE HIJAS(OS)	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	9	14.3	1	1.6	10	15.9
No	35	55.6	18	28.5	53	84.1
TOTAL	44	69.9	19	30.1	63	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 85% de respuestas afirmativas por parte de las y los usuarios.

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

RESUELVE PROBLEMA	Abs.	%
SÍ	56	88.8
NO	7	11.1
TOTAL	63	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 GOLFITO
ABRIL - MAYO 1999

ESTÁ CAPACITADO	Abs.	%
SÍ	59	93.7
NO	4	6.3
TOTAL	63	100

Fuente: Elaboración propia. Boletas de información, usuarias (os) de los Servicios de Salud. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

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

PRIVACIDAD	Abs.	%
SÍ	56	88.9
NO	6	9.5
No responde	1	1.6
TOTAL	63	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 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 GOLFITO
ABRIL - MAYO 1999

BUENAS CONDICIONES	Abs.	%
SÍ	55	87.3
NO	7	11.1
No responde	1	1.6
TOTAL	63	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 GOLFITO
ABRIL - MAYO 1999

FÁCIL ACCESO	Abs.	%
SÍ	56	88.9
NO	6	9.5
No responde	1	1.6
TOTAL	63	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 GOLFITO
ABRIL - MAYO 1999

ES APROPIADO	Abs.	%
SÍ	58	92.1
NO	4	6.3
No responde	1	1.6
TOTAL	63	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 GOLFITO
ABRIL - MAYO 1999

ES CÓMODO	Abs.	%
SÍ	47	74.6
NO	16	25.4
TOTAL	63	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 de la población adolescente de 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.

En cuanto al conocimiento de los materiales producidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y distribuidos por los establecimientos de salud, un elevado porcentaje de la población entrevistada, 71.4% los conoce (Ver cuadro N° 18). Los materiales sobre educación sexual son conocidos por un 76.2% de la población entrevistada. (Ver cuadro N° 19). Los afiches son los materiales más conocidos, un 60.4 % los ha visto; seguidos por anuncios en televisión o radio, que juntos son reconocidos en un 17.4%. (Ver cuadro N° 20).

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

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

LO CONOCE	Abs.	%
SÍ	45	71.4
NO	18	28.6
TOTAL	63	100

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

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

LO CONOCE	Abs.	%
SÍ	48	76.2
NO	15	23.8
TOTAL	63	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 GOLFITO
ABRIL - MAYO 1999

TIPO MATERIAL	Abs.	%
Afiches	38	60.4
Volantes	3	4.8
Panfleto	4	6.3
Mensaje por la radio	4	6.3
Televisión	7	11.1
Otros	3	4.8
No responde	4	6.3
TOTAL	63	100

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

Un 55.6% de la población entrevistada no conoce las actividades que realiza la clínica, pero entre las personas que sí las conocen, las charlas son mencionadas por un 36.5% (Ver cuadro N° 21). Es im-

portante destacar que la mayoría desconoce estas actividades, situación que 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 GOLFITO
ABRIL - MAYO 1999

ACTIVIDADES	Abs.	%
Charlas	23	36.5
Grupos de madres adolescentes	1	1.6
Grupos de adolescentes protagonistas o líderes PAIA	4	6.3
Otros	-	-
No sabe	35	55.6
TOTAL	63	100

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

La línea telefónica para adolescentes, es conocida por menos de la mitad de las personas entrevistadas, pues sólo un 42.9% manifestó que la conocía. (Ver cuadro N° 22).

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

LA CONOCE	Abs.	%
SÍ	27	42.9
NO	36	57.1
TOTAL	63	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 se presenta en los cuadros N° 23, 24 y 25.

Un porcentaje alto, 58.7%, califica la atención recibida entre excelente y muy buena. Un porcentaje de 41.3% lo establece en las categorías de buena y regular. En total, hay una evaluación positiva del trabajo que se realiza.

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

CALIFICACIÓN	Abs.	%
Excelente	20	31.7
Muy buena	17	27.0
Buena	17	27.0
Regular	9	14.3
Mala	-	-
Muy mala	-	-
TOTAL	63	100

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

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

TIEMPO DE ESPERA	Abs.	%
El mismo día	49	77.7
Después de una semana de solicitada	3	4.8
Después de un mes de solicitada	8	12.7
No responde	3	4.8
TOTAL	63	100

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

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

DURACIÓN	Abs.	%
Muy poco tiempo	42	66.6
Mucho tiempo	19	30.2
No responde	2	3.2
TOTAL	63	100

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

Sobre el tiempo de espera, el 77.7% de las personas entrevistadas manifiesta que obtienen sus citas el mismo día en que las solicitan, en contraste con un 12.7% que espera la cita durante más de un mes.

En el momento de la cita, un 66.6% de las y los usuarios manifestó que el tiempo de espera es corto, sin embargo, más del 30% manifestó lo contrario.

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 (el 80.9% se expresó positivamente). En este sentido, expresaron algunas sugerencias para mejorar la atención, por ejemplo, dar más apoyo a las y los adolescentes y organizar grupos con esta población.

Llama la atención que un alto porcentaje de la población adolescente no hiciera referencias sobre la mejora de los servicios, esta situación está ligada a la falta de información sobre sus derechos como usuarios y usuarias y al desconocimiento del significado de atención integral. (Ver cuadro N° 27).

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

ESTARÍA DISPUESTA (O)	Abs.	%
SÍ	51	80.9
NO	11	17.5
No responde	1	1.6
TOTAL	63	100

Fuente: Elaboración propia. Boletas de información, usuarias (os) de los Servicios de Salud. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social. 1999.

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

COMENTARIO	Abs.	%
Mejorar la atención y amabilidad	5	7.9
Es necesario mayor comodidad	4	6.3
Se necesita más apoyo para el adolescente	4	6.3
El servicio que se brinda es bueno	7	11.2
Capacitación al personal que trabaja con adolescentes y actividades para los adolescentes	3	4.8
No responde	40	63.5
TOTAL	63	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

“Me enseñaron que tenía que portarme bien, cuando salíamos a la calle teníamos que vestirnos decentes... Que si nos hacíamos de una obligación, teníamos que cumplir con todos los requisitos de una mujer: mantener bien la casa, los niños tenerlos aseados, mantenerle todo al compañero, comida, ropa, todo aseado, porque eso si tiene mamá, ella es muy aseada”.

Madre adolescente de Golfito

“Me enseñaron que el juego de hombres es con hombres y el de mujeres con mujeres”.

Muchacho adolescente de Golfito

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 muchachos de los grupos focales de Golfito, 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. El aprendizaje se dio a partir de los juegos infantiles: “muñecas, escondido, peluches, casita, a mamá y papá, trastes, yaces, escuelita, quedó, bola, legos, pelear con el hermano, jugar de doctora”. Leyeron el cuento de Caperucita Roja, el libro de Paco y Lola y versos románticos.

Los jóvenes aprendieron que el movimiento del cuerpo, el desarrollo de destrezas y el desplazamiento en el espacio, son muy importantes y que la violencia es parte de las relaciones entre las personas. El aprendizaje se dio a partir de los juegos infantiles: “*Guerrilla en la cama, bola, carros, fútbol, boleibol*”. “*...Amarrando los perros con mecate, arriaba vacas,.. lazaba a mis hermanillos,...veía peleas de gallinas,...jugué de papá, me sentía gran papá con tantos chamacos. Tenía carritos y bola*”.

En esta etapa del desarrollo, los niños y niñas asumen su 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: “*Cuando uno está pequeño, no le importa que lo molesten, a cierta edad si le importa*”.

Las reacciones manifestadas fueron diversas, la mayoría de las muchachas disfrutó la experiencia: “*Yo sentía bonito cuando jugaba bola y carritos*”. “*Cuando jugaba fútbol me divertía mucho*”. “*No me gustaban carritos porque son para hombres no para mujeres*”. Un muchacho del grupo de madres con pareja aceptó que jugaba con niñas y se sentía bien porque “*...no hay diferencias entre hombres y mujeres*”. La mayoría de las reacciones de los varones fueron de rechazo a estos juegos: “*Nunca jugué cosas de mujeres*”. “*Los que juegan con chiquillas, se hostinan porque los vacilan, porque no pegan, porque hacen el ridículo, les dicen playitos*”.

Las sanciones sufridas por ambos sexos, a causa de estas transgresiones, provinieron de sus familias, los 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: “*...Mi mamá me regañaba porque me iba a ser marimacha*”. 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: *“Vergüenza, se sienten más mujeres que hombres, se sienten pocos niños, que no es hombre, porque juega de casita y con muñecas, inferior”*.

Los varones, desde etapas muy tempranas, necesitan reafirmar y demostrar constantemente su “masculinidad”. El mandato genérico señala que para “ser hombre”, hay que separarse del “ser mujer” y acercarse a lo masculino. Las sanciones para los infractores, van dirigidas a su identidad. Los muchachos hacen comparaciones con aquella identidad de la cual necesitan alejarse para reafirmarse.

Por otra parte, la masculinidad tiene cualidades muy valoradas, mientras la femineidad es subvalorada; acercarse a ella es perder valor y poder, es convertirse en inferior. La masculinidad se identifica con heterosexualidad (Calderón y Muñoz, 1998), de ahí que las sanciones van dirigidas a cuestionarla: *“...no me gustaba porque decían que era mujercita”*. *“A uno lo vacilaban si jugaba con mujeres o con muñecas”*. *“...no jugaba con las carajillas, porque los compañeros me decían cosas de las mujeres”*.

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: *“Jugábamos de muñecas, de que trabajábamos y veníamos a comer y las muchachas nos tenían la comida hecha”*.

Así los niños captaron los mensajes sobre la forma de construir la masculinidad y sobre el valor y el poder de esa masculinidad. Las niñas, por su parte, capta-

ron los mensajes sobre su identidad femenina y sobre la sumisión y la protección que deben recibir, en función de y en contraposición con la masculinidad.

En este sentido, 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 femineidad.

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.

“A los hombres los dejan salir más que a las mujeres, porque las mujeres salen con una panza...”. *“Las mujeres tienen más peligro a esa hora, [en la noche] pasa un hombre y se las lleva, en cambio los hombres se saben defender”*. *“Ser honesta”*. *“A mi hermano le enseñaron no ser tan perro con las mujeres porque la mujer es lo más bello del mundo, que si*

deja la mujer embarazada tiene que hacerse cargo". "Mi mamá dice que si uno sale con una panza y tiene el apoyo del que la dejó embarazada, uno sigue valiendo la pena.. las mujeres de la calle son las que no valen la pena...". "Yo me propongo llegar al altar de blanco, es porque yo quiero llegar con mi virginidad". "Mamá me decía que aprendiera a hacer oficio, porque cuando me case el hombre necesita que haga bien el oficio, que fuera aseada, cuidara la forma de vestir".

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.

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: *"Un hombre tiene que actuar como lo que es, jamás pegarle a una mujer". "Si al hombre lo provocan y no se controla puede pegarle a una mujer, jamás pegarle a una mujer por otro hom-*

bre". "Tanto el hombre como la mujer deben darse a respetar". "Papá me aconsejaba que cuando me vaya a hacer de una mujer, tengo que saber qué hacer y ser responsable en todo". "El hombre no debe ser machista y pegarle a la mujer sólo porque él manda en la casa". "El hombre es más fuerte que la mujer". "Los hombres hacen más tecnología que las mujeres".

Las muchachas y muchachos refieren mensajes alternativos a la socialización tradicional, a partir de su vivencia personal y desde el deber ser. Estos mensajes, sin embargo, no contienen cambios reales y se presentan impregnados de los códigos de socialización genérica. No permiten aún deconstruir patrones aprendidos ni visibilizar nuevas formas de relaciones: *"No estoy de acuerdo en que un hombre le quite la vida a nadie, no tiene derecho aunque la mujer le haya dado vuelta". "A mi no me gustaría que ella trabaje, bueno ellas trabajan más que uno...pero fuera de la casa, no me gustaría, todavía no sé por qué, pero no me gustaría". Su compañera responde: "Estoy de acuerdo con todo, me gustaría trabajar pero él no me deja porque dice que a él le enseñaron a mantener un hogar y yo en la casa". "Tenemos los mismos derechos, somos iguales". "El hombre tiene que ser caballeroso con las mujeres, respetuoso".*

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 generación a otra. Para los propósitos de esta investigación, interesan los efectos de esta socialización 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.

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 trabajos tradicionalmente catalogados de femeninos: psicóloga, maestra de kinder, orientadora, doctora, costurera, secretaria, manualidades, estilista. 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.

Cumpliendo un mandato genérico, estas adolescentes, no estructuran un proyecto de vida independiente de los roles de madres y compañeras. Profesión, trabajo, maternidad, pareja, se entrecruzan en sus proyectos de vida: *“Me veo como esposa y madre y darle el ejemplo que me dieron mis padres”*. *“Mi familia va a ser bonita y educada”*. *“Cuando sea adulta, si me caso no me gustaría trabajar, estar en la casa y que mi marido trabaje, me gustaría dibujar”*. *“Ser educadora y madre responsable”*. Existe una clara idealización de la maternidad y de la vida en familia.

Una muchacha expresa un deseo no tradicional sobre su futuro: *“Mamá dice que me case pero no quiero, es una locura, no me gusta, prefiero meterme al manicomio que casarme, menos juntarme, me gusta aprender computación, ese es mi sueño”*.

La tendencia genérica de los muchachos es optar por trabajos o profesiones tradicionalmente masculinas: diputado, doctor, mecánico, electricista, futbolista, agricultor, policía, paleontólogo. Pocos expresan el deseo de casarse y tener una familia. A pesar de sus sueños, proyectos y ambiciones, se nota la ausencia de planes y estrategias realistas.

Las personas que participaron en los grupos focales de madres con pareja evidenciaron que sus proyectos a futuro están muy marcados por las necesidades inmediatas que tienen que resolver; su ilusión, según un muchacho de este grupo, es: *“ver a mis hijos grandes, darles estudio... pero no sé si se podrá cumplir”*.

Los y las adolescentes en general reconocen las limitaciones económicas,

familiares, locales y las pocas posibilidades que tienen de realizar sus sueños. Saben que en Golfito las posibilidades son limitadas, y miran como una solución trasladarse a Ciudad Neily, Paso Canoas o San José. Los muchachos y muchachas que viven en localidades alejadas del centro de Golfito, no cuentan con las mínimas posibilidades y la mayoría de sus familias no tienen recursos económicos para apoyarlos: “En mi comunidad hay escuela y dos colegios pero mi familia no tiene posibilidades”. “Mi familia me apoya, Golfito me ha dado el colegio, espero irme para San José”. “No se puede llevar una carrera en Golfito hay que irse a Paso Canoas o San José”. “Donde vivo no hay recursos, tal vez para los hombres sí, pero no para las mujeres, porque ellos viajan y a las mujeres les cuesta más todo”. “Solo tengo ayuda de mi mamá, de mi marido no, porque está preso”. “Hay pocos recursos, pero sí, está la escuela y proyectos como grupos de señoras que dan clases de cocina”.

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: noviazgo y amigos con derechos.

Caracterización de la relación de noviazgo:

Para las muchachas

“Es compartir con otra persona, una pareja especial, se quiere mucho y se comparten sueños, es formal, serio, tiene la entrada, los padres lo aceptan, se le cree, hay novios que se ven a escondidas y otros van a la casa, hay más respeto”, “Cuando los padres saben, andan con uno y si le sirve se junta”.

Para los muchachos

“Se inician por una amistad, es tener un compromiso”.

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

“Es tener un amigo y cuando se presenta la oportunidad, hacer lo que los novios hacen pero sin compromiso”. “...no hay responsabilidad de nada, es hacer algo sin pensar, que él lo tome a uno como vacilón”. “Me apreto con él cuando a él se le antoja y a mi se me antoja, donde quiera que

sea". "Como el juego de la botellita, después del aprete ni lo vuelvo a ver ni a hablar, cuando uno se emociona y lo quiere, se tienen relaciones sexuales". "Aprete es cuando una mujer es como un vasito de agua, como un confite de menta, cuando anda con distintos hombres". "Cuando trabajaba en el depósito me salió un amigo con derechos, mi papá no sabía que era eso y cuando se dio cuenta por poco me saca de la casa con un leño".

Para los muchachos

"Con derecho a aprete a algo así, uno no tiene que estar tan atado a una mujer, como novios uno tiene que estar más atado". "Yo hasta ahora oigo eso, no se nada de eso".

Una joven caracterizó otro tipo de relación no formal, "una relación a ratitos": "Cuando a uno lo invitan a jugar botellita, siete minutos con el diablo, escondido americano". En este caso, los contactos con los muchachos se producen esporádicamente, durante los juegos.

Todas estas formas de relacionarse pueden coexistir. También conocen sobre la dinámica de la pareja: "Primero comienza el compañerismo, luego andan juntos, después se hacen novios, después se casan".

"Los amigos con derechos" y "a ratitos", son relaciones sin compromiso, sin estabilidad, ni responsabilidad. No es necesario que medien sentimientos. La finalidad es "apretarse", práctica que com-

prende 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. El concepto "amigos con derechos", es conocido solamente en el grupo escolarizado de 15 a 19 años.

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 las relaciones que establezcan con los varones. En contraposición, la respetabilidad de los hombres, no se define en función de las relaciones que establezcan con las mujeres. La respetabilidad masculina se cataloga en función de otras características relacionadas con el éxito. 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 no se tiene el concepto de noviazgo como proceso para conocer una persona: "Tuve un noviazgo a los trece años, y de un solo me junté". "...Cuando nos juntamos ya éramos marido y mujer". Se evidencia también, un patrón de relaciones múltiples: "Antes del noviazgo con el muchacho que estoy ahora estuve juntada con el hermano de él... me fui y ya estaba embarazada".

En este grupo, se relata una situación de abuso. El varón, mayor de edad,

narra como presionó para que la muchacha, mucho más joven, “aceptara” vivir con él: *“Cuando la conocí era una chiquita de 7 a 8 años.... le regalaba cosas al padrastro de ella cuando llegaba a la casa...no me podía gustar porque era una güila y yo tenía compañera. Llegó un fin de que ya era una muchachita, yo me dejé de la muchacha y me quedé solo... ella me decía que no me quería, que me fuera... ella me echaba...le decía que quería hacerme de ella para que no viviera como vivía y yo necesitaba en la casa una mujer...pero le dije que el tiempo pasaba hasta que por fin el ratón cayó en la trampa...de lo que menos se dio cuenta era que estaba embarazada....no la podía dejar así a la pobrecita. Lo que toca es hacerme de ella y dicho y hecho... ahora le digo que nos casemos, que no es lo mismo una mujer casada que una juntada”*.

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. Los grupos no escolarizados de 15 a 19 años responden que preguntan a la mamá en la mayoría de los casos, al papá y a parientes mujeres.

Mencionan también a los amigos y amigas como fuente de información. Una muchacha se refiere a las revistas del hermano, un muchacho habla de aprender en la práctica: *“con una señora, una adulta”*. Una chica, reporta que acude a la clínica del adolescente y una muchacha dice que pregunta a su compañero: *“Lo que sé es poco de relación sexual, cuando no sé algo*

se lo pregunto a él que es mi pareja, me da vergüenza y no me gusta decirle a otra persona”. Sin embargo, llama la atención que no se citaran fuentes comunes de información a las que acude la población adolescente como videos y programas de televisión.

La información sobre sexualidad y salud reproductiva, a la cual tienen acceso, es muy limitada y no es confiable. La mayoría de las fuentes citadas refuerzan las identidades construidas genéricamente y no ofrecen a este grupo de adolescentes la información necesaria y adecuada a su contexto social y educativo. En este sentido, son factores a favor, el interés por obtener información así como la importancia que dan a las charlas y a los medios de comunicación.

Este es un aspecto primordial pues el conocimiento es un factor protector contra la violencia, las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y la prevención del embarazo adolescente. Al mismo tiempo, se convierte en una posibilidad de encontrar alternativas para consolidar planes para el futuro y proyectos de vida.

Los EBAIS y la clínica local no son señalados como fuente de información. Generalmente el lugar escogido para obtener la información está “afuera” (en la calle) y el “afuera” carece de afectividad y sentido de protección, a la vez que promueve conductas de riesgo y relaciones abusivas.

1.2 Desde las actitudes

Actitudes ante la construcción tradicional de las identidades genéricas

Los sentimientos relacionados con la infancia son de felicidad, de alegría, de sensación de comodidad. Sin embargo, las y los adolescentes manifiestan dos actitudes contrapuestas ante la transgresión de las normas genéricas y las incursiones en juegos asignados al otro sexo: “*Jugué bola y caballo y decían que eran juegos de hombres, pero me gustaban*”. “*No me gustaba porque decían que cada uno tenía que jugar su juego, los niños carritos y las niñas con juegos de niñas*”. Los mensajes de las personas adultas reflejan también las dos actitudes: “*Mi mamá me enseñó a compartir y no creo que la diferencia fuera muy grande*”. “*Tenía un tío que era muy bravo y si nos veía jugando con mujeres nos regañaba...*”.

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; crece la distancia entre las esferas de desarrollo. Esta tendencia aumenta en la adolescencia tardía.

La actitud de sobrevalorar las características asignadas a la identidad masculina, en contraposición a la subvaloración de las características asignadas a la identidad femenina, se manifiesta con gran fuerza en la etapa de la adolescencia. Los varones se asumen superiores y sujetos de privilegios en el ámbito doméstico y en el

ámbito público. Surgen relaciones de poder y subordinación entre los sexos: “*Me decía que hay que hacerle todo al hombre, al bebé... cumplir con la comida y cuando él llega, cuando el quiera café, tenerle todo listo*”.

Actitudes ante los proyectos de vida y planes para el futuro

Las actitudes ante los proyectos de vida y planes para el futuro, se caracterizan por la incertidumbre y las dudas. Estas características se manifiestan con mayor fuerza en los grupos de madres adolescentes: “*El sueño más bonito es ver a mis hijos grandes, darles estudio... hay muchos sueños pero no se si se podrán cumplir*”.

En el grupo de madres sin pareja prevalece una actitud muy negativa ante el futuro. Manifiestan sentimientos de resignación, impotencia y desesperanza. No tienen información sobre programas sociales que puedan apoyarlas y reconocen las limitaciones que les impone la maternidad en su vida: “*No esperaba quedar embarazada, cuando vi, tenía nueve semanas, para mí es una sogá*”. “*Me dan ganas de trabajar pero no puedo porque es el tercer embarazo*”. “*Yo trabajaba, ahora como estoy embarazada no, pero sería bonito tener su propio trabajo, su propia casa*”.

Las madres adolescentes han sido adultizadas, siendo casi niñas pasaron a asumir roles de madres: “*Quedé embarazada a los 14 años del primer hijo*”. Se presume que por lo menos en un caso, el abandono materno precipitó la unión libre como única opción de vida.

La actitud negativa hacia el futuro, no es generalizable para todas las madres adolescentes, pero si es generalizable la actitud de mirar el futuro ligado definitivamente a su maternidad.

Actitudes ante el noviazgo y las relaciones de pareja

Existe una actitud de aceptación hacia los diversos tipos de relaciones de pareja, pero las y los adolescentes tienen una actitud muy negativa hacia las muchachas que se “apretan” o tienen amigos con derechos. Esta percepción no es la misma para los varones, que reafirman su masculinidad en estas relaciones.

Actitudes ante la información sobre sexualidad

Las actitudes para buscar información y preguntar sobre sexualidad, son de temor y vergüenza: “*Pregunto al esposo de mi tía cuando está borracho, como viene borracho, de un solo y aprovecho*”. “*Me da vergüenza hacerle preguntas a mi mamá y luego verle la cara*”.

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 ya señalados. Además de los juegos, las muchachas y muchachos narran prácticas familiares y locales que apoyan y fortalecen el desarrollo de las identidades genéricas.

Una práctica señalada es el ejercicio de la lectura, manifestado en el grupo

de madres sin pareja. Sin embargo, estas muchachas no tuvieron la oportunidad, con estas lecturas, de conocer patrones alternativos de comportamientos.

La colaboración en las labores domésticas es otra práctica mencionada por estos grupos, más que una costumbre, es una obligación en las familias con limitaciones económicas: “*Barrer, limpiar, ...*” “*Ayudaba a mamá, barría y limpiaba*”. “*Picar leña, lavaba y ayudaba a cocinar*”. “*Me ponían a hacer oficio: limpiaba lavaba, enceraba, daba brillo*”. “*Ayudaba a mamá a hacer oficios pero con radio prendida para que se me hiciera rapidito porque me daba pereza*”. “*Picaba leña, veía animales, daba de comer a las gallinas y a la vaca*”.

Prácticas y costumbres sobre la toma de decisiones y la disciplina en las familias

A través de las prácticas y dinámicas familiares, los y las niñas aprenden 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 dinero, la edad y el género. Narran costumbres diversas en este sentido: piden permiso a la madre porque es quien permanece en la casa y decide en primera instancia, solicitan permiso al padre y a la madre; piden permiso al papá y éste les envía a preguntar a la madre y viceversa: “*Le pido permiso a mamá, ella me manda donde papá, él donde ella y así, por último salgo huyendo*”, dice una muchacha.

Respecto a la disciplina, manifiestan que ambos progenitores castigan: “*El*

que me pega es papá". En ocasiones miran a las madres como intercesoras, ante el papá, ya que le tienen más confianza y menos temor: *"A veces pido permiso a papá pero dice que no, entonces le digo a mamá para que hable con él"*. En los casos de hogares con jefatura femenina, la madre da los permisos: *"Pido permiso a mamá porque es la única que está conmigo y a mi hermano mayor"*.

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 mientras encuentra un compañero que asuma su manutención. Ellas piden permiso a su mamá o al papá si está presente, sin embargo, después del primer embarazo los límites se hacen difusos, evidenciándose más aún el valor de la virginidad: *"Después del primer embarazo, nunca me dijeron nada de tener novios"*.

La toma de decisiones en las parejas se ilustra con las siguientes manifestaciones: *"Ella me pregunta que si vengo ahorita, yo le digo: "Como puedo venir, puedo no volver, porque sólo Dios sabe lo que le va a pasar a uno"*. Ella dice: *"Nunca he salido sin permiso, siempre le pido permiso a él y él toma la decisión del permiso. Cuando vivía con mi papá le pedía permiso a los dos... nosotros compartimos todo, pero como siempre el hombre es quien tiene la palabra"*.

Prácticas y costumbres de entretenimiento y diversión

Sobre prácticas y actividades que realizan para divertirse, citan la Playa Zancudo, los salones de baile, el papifútbol y la cancha multiuso. Estos espacios casi

siempre están destinados a la diversión masculina: *"No tenemos bolas ni hay hamacas para que las mujeres se diviertan"*. *"El hombre se divierte más porque se adueñan de la cancha y no dejan jugar a las mujeres"*.

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 un patrón de comportamiento de alejamiento de la casa, expande su ámbito de acción y desarrolla destrezas para desenvolverse con mayor soltura en ámbitos públicos. El mito, que la calle es menos peligrosa para los hombres, adquiere consistencia en la adolescencia.

Los roles limitan a las madres adolescentes las posibilidades de esparcimiento típicas de esta etapa: *"Me gustaba bailar, ahora me gusta estar en la casa bordando o tejiendo, ya no salgo"*.

Prácticas y costumbres en el noviazgo y las relaciones de pareja

Se mencionan varias prácticas vinculadas al noviazgo y las relaciones de pareja. Los grupos escolarizados inician las relaciones en el colegio, con compañeros y compañeras, en el equipo de natación, andan juntos, con o sin permiso de los padres, los muchachos invitan a salir, van a la disco, se mandan saludes, cartas de amor y recados.

Las muchachas que no asisten al colegio, se ven en el redondel, en el salón

o en el “Puesto de Salud”, se mandan saludos, cartas, recados a través de un lance, “... lance es decirle a un amigo que le mande saludes, que le diga a la persona que uno quiere apretar con ella”, también: “...mandan papeles, echan piropillos y silbidos”. Una chica que no asiste al colegio narra: “Viajaba en el carro que él manejaba”. Es evidente que esta chica se relaciona con una pareja mayor de edad.

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 antagónicos: “Los hombres son un poco más fuertes, las mujeres somos más débiles, más sensibles”.

Como se mencionó anteriormente, las características catalogadas como masculinas son muy valoradas socialmente: la fuerza, el poder, la propiedad, el ámbito público; mientras que las características catalogadas como femeninas son las menos valoradas: subordinación, entrega, servicio, ámbito privado. Este antagonismo se nutre de mitos a partir de la infancia y se refuerza en la adolescencia.

En los grupos focales se identificaron los siguientes mitos sobre la masculinidad:

Las mujeres les pertenecen, son fuertes, se saben defender, salen en la

noche sin peligro (peligro de ser violados), tienen que saber, hacer y ser responsables de todo, las mujeres los provocan, pueden tener varias mujeres, se las pueden llevar, mantienen a las mujeres, trabajan más duro. No se identifica el peligro de ser agredidos sexualmente, abusados, violados. (El peligro para los hombres es de sufrir accidentes, o consumir drogas), se saben defender.

Se identifican los siguientes mitos sobre la feminidad:

Las mujeres son frágiles, débiles, necesitan ser cuidadas por un hombre, su valor depende del hombre que tienen a la par. Atributos femeninos son la “honestidad” (no la definen) y la virginidad, además de la belleza. Las “mujeres de la calle” y las mujeres abandonadas por un hombre no valen, las mujeres de la casa valen.

Se expresan también mensajes con un doble parámetro para medir las mismas conductas en ambos sexos: “Si llega a una fiesta un hombre, le dicen tomá una birra y no seas tan pendejo. Una mujer borracha da mal ejemplo, no va a valer ni un colón”.

Se evidencia la existencia de una idealización de la paternidad, a partir de los juegos infantiles de los muchachos. Esta idealización en la lectura del género, se puede interpretar desde dos puntos de vista: se identifica la paternidad con el estereotipo de padre de familia, proveedor, dueño de los bienes, quien decide y ejerce el poder ante la esposa o compañera, hijos e hijas: “Gran papá con tantos chamacos”. O bien, se identifica con sentimientos

tos y sensibilidad hacia los hijos y las hijas. “...quería ser papá, entonces me sentía contento cuando jugaba y soñaba con tener hijos y ya como los tengo estoy feliz”.

En el grupo de madres adolescentes se manifiesta un patrón de relaciones de poder-subordinación entre los sexos muy acentuado y agresivo: ellos dan las respuestas, las muchachas permanecen muy calladas, no contradicen ni cuestionan al varón. Cuando se refieren a su relación, predomina la iniciativa masculina, ellas permanecen sumisas y conformistas. En una de las parejas, el muchacho hace evidente que él la “liberó” de una situación de pobreza y no la abandonó durante el embarazo. Esto es visto como una concesión y no una responsabilidad de parte del hombre.

Desde la perspectiva del género, el silencio de las muchachas con pareja, sobre en el tema del noviazgo, es producto del mito que señala a las mujeres informadas en este tema, como mujeres con experiencia, y a las mujeres con experiencia, como mujeres de la calle. Estas muchachas subordinadas a sus parejas, desde todo punto de vista, no se atreven a expresar las ideas en su presencia.

2. Acerca de la sexualidad

“Uno tiene novia y se casa, después viene la sexualidad, tienen hijos y como dice la profesora, el pene se mete en la vagina...”

*Muchacho adolescente
de Golfito*

“Por sexo no entiendo nada”

*Muchacha adolescente
de Golfito*

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, 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 sobre los conceptos de sexo, sexualidad y relaciones sexuales, acompañada de una fuerte dificultad para hablar de estos temas. Los conceptos son percibidos como sinónimos: “Sexo y sexualidad es lo mismo”. “Sexo es la sexualidad en la pareja”.

Los conocimientos se expresan principalmente desde el punto biológico donde la sexualidad, se limita a genitalidad: “Conjunto de características biológicas que distingue al hombre y a la mujer”. “Después viene la sexualidad, tienen hijos y como dice la profesora, el pene se mete en la vagina...”. Desde este punto de vista, los grupos que menos información aportan son los grupos no escolarizados.

Las relaciones sexuales en el caso de las mujeres, son entendidas como un resultado del amor entre dos personas:

“Debo quererlo mucho y estar segura de que él me quiere...”

Las jóvenes muestran también conocimientos sobre relaciones abusivas e incestuosas: *“A veces los hombres abusan de los niños, les obligan a que les toquen el pene y ellos al niño, eso ocurre aquí”* Estos conocimientos, sin embargo, vienen acompañados de mitos: *“Eso ocurre por los viejos borrachos”*.

La sexualidad se hace más evidente para los y las adolescentes a partir de los cambios corporales que experimentan entre los 10 y 13 años. Tienen conocimiento de estos cambios desde sus propios cuerpos, desde el cuerpo de sus pares y desde el discurso educativo. Hablan de cambios físicos externos: *“A las mujeres les crecen los senos, les viene la menstruación, vellos en las axilas y se ensanchan las caderas”*. *“A los hombres les cambia la voz, les crecen vellos en el pecho, barba y bigote...”*

2.2 Desde las actitudes

El tema de la sexualidad es tabú. Las y los adolescentes presentan mucha dificultad para hablar de ella. Esta actitud dificulta establecer cuáles son los conocimientos que tienen al respecto: *“Sexualidad es darse besos, acostarse en la cama, agarrarse de la mano y un montón de cosas que no puedo decir”*. *“Nos da vergüenza decir cómo es el sexo”*.

Se acentúa esta dificultad al convertirse en protagonistas de cambios físicos y psicológicos que los evidencia como seres sexuados. En sus experiencias se denotan sentimientos de culpa y distancia-

miento: *“El problema es que no sé nada, no sé qué es eso. Ni me pregunte a mí...”* Estas actitudes se presentan con mayor fuerza en la etapa de la adolescencia temprana.

Otro grupo que mostró una marcada resistencia ante el tema fue el grupo de adolescentes no escolarizadas de 15 a 19 años que fueron quienes también demostraron tener menos conocimientos.

La actitud de las madres sin pareja es más abierta al hablar de sexualidad, relaciones sexuales y sexo: *“Yo lo hago acostada o sentada o como él quiera hacerlo”*. En contraposición, las madres con pareja presentan una actitud de timidez al hacer sus intervenciones, contestan con frases muy breves y se remiten a los comentarios de sus compañeros.

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, que se sienten bien, pero otras encuentran en estos cambios, motivos de vergüenza, convirtiéndose el desarrollo en una sensación desagradable: *“Me sentía redonda, hecha un sapo”*. *“No me gustó la menstruación, aunque mamá me dijo de qué se trataba, fue muy incómodo”*.

Se manifiesta la vivencia del duelo por la pérdida de la infancia: *“A mi no me gusta cambiar porque la etapa más bonita es cuando uno está pequeño”*. Esto es más enfatizado en los grupos de adolescencia temprana y más difuso en los grupos conformados por adolescentes tardíos.

2.3 Desde las prácticas

Los y las adolescentes refieren una serie de prácticas relacionadas con la sexualidad, específicamente sobre las relaciones sexuales coitales.

Desde la deseabilidad social censuran las prácticas sexuales de sus pares: *“Tenía una amiga que decía que no había cosa más rica que hacer sexo en la playa [...] ella es adolescente, no sé cómo no se le cae la cara”*.

La cultura define la edad de inicio de las relaciones sexuales, por ejemplo: *“Uno debe de tener relaciones sexuales de 13 a 14 años para adelante, para no desaprovechar el tiempo”*.

Acostumbran tener relaciones sexuales según lo expresan en moteles, taxis, en el monte, en el bambudal, en el campo, en playa Zancudo y en lugares donde exponen su integridad física y su seguridad: *“Se ponen de acuerdo y se ven en un potrero, en una casa escondida”*.

Los muchachos mencionan relaciones sexuales con trabajadoras del sexo: *“Cuando uno le paga a una mujer es diferente, ella hace lo que uno quiere”*.

Tanto hombres como mujeres conocen la existencia de relaciones violentas y abusivas: *“Es cuando él comienza a manosear, [...] el hombre como que la tiene manipulada, agarrada y no sabe cómo lo está haciendo, cuando ella se despierta de ese sueño ella se pone a llorar, reacciona y se lamenta pero ese lamento es muy tarde”*.

Otra práctica común es ocultar con la forma de vestir el crecimiento de los

senos y el ensanchamiento de las caderas: *“Me sentía redonda, que vergüenza, me recuerdo que me ponía camisas de mi mamá y pantalones grandes para que no me vieran las caderas”*.

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: *“...uno se entrega al hombre por amor...”* asumiéndose como propiedad de su compañero. “Entregar” significa hacer una entrega “de cuerpo y alma” de la muchacha y a la vez una reafirmación de la masculinidad: *“Con las relaciones sexuales el hombre se siente más hombre”*.

Las muchachas que tienen relaciones sexuales en el marco “ilegal” se desvalorizan a sí mismas, este hecho agudiza su situación de riesgo.

Las relaciones sexuales genitales están descritas bajo normas y patrones contrapuestos para ambos sexos, clasificándose conductas y actitudes más apropiadas en un sexo que en el otro. En este sentido identifican las relaciones previas al matrimonio o la unión libre como desprestigiosas para las mujeres: *“El mejor momento para que las mujeres tengan relaciones sexuales es cuando se casan o se unen en unión libre, para que la gente*

no hable de que esa muchacha ya no vale nada”.

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 y sobre todo la primera menstruación, significan una experiencia dolorosa: *“Hubiera preferido no ser mujer por la menstruación”*. 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 en los controles, cuidados y prohibiciones que se dan con el fin de evitar potenciales embarazos y para proteger la virginidad en espera del matrimonio o de la unión libre: *“... si uno ya no es señorita ya no lo tienen que andar cuidando”*.

Otra diferencia genérica es la presencia del amor, que para las muchachas es un requisito al iniciar las relaciones sexuales coitales, no siendo así para los varones: *“Para entregarse debe quererlo y estar seguro de que él quiere también”*. Para las adolescentes la existencia de las relaciones sexuales desligadas del amor y de la relación estable es calificada como un acto condenatorio: *“Hay muchos que lo hacen por placer y eso está mal”*.

El embarazo es una consecuencia de las relaciones sexuales, pero esta se agrava si es acompañada por el abandono del progenitor. La socialización hace de la maternidad el fin primordial de las muje-

res, que tarde o temprano se espera que cumplan. Pero la llegada de los 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.

Un participante del grupo focal de madres con pareja evidencia la invisibilización de la satisfacción y placer sexual femenino a partir de dos prácticas en su vida: relaciones sexuales con trabajadoras del sexo, a quienes “manipula” como objeto de placer, y las relaciones sexuales con su compañera “utilizándola pero con respeto”: *“Cuando anduve en la calle hacía cosas con las mujeres que no son incorrectas, o sea, pueden ser incorrectas [...] pero digamos, que para la compañera de uno, uno tiene que tener respeto, no puede comparar a la mujer de la calle con la mujer de la casa [...]. A la compañera de uno, uno no puede llegar como unas cosas que las acuestan para un lado, para otro lado, les levantan las patas, la alzan, la agarran de un lado, ya eso uno no lo puede hacer con la compañera porque ya eso es un respeto para con ella que no es como la mujer de la calle arrastrada por todos los hombres. La compañera de uno es solo para uno, las mujeres de la calle conforme cobran, uno las hace como quiere. La compañera uno la puede poner como quiere pero con respeto”*.

Contrario a lo manifestado por este participante una muchacha habla de la necesidad del bienestar de las mujeres en la relación sexual: *“Es algo muy íntimo en lo que usted se sienta bien cómoda porque usted no puede hacer algo que no quie-*

re, si lo hace por complacer no está bien, tiene que hacerlo por gusto suyo". Para que esta situación sea viable se requiere condiciones de respeto, comunicación, autonomía, capacidad de negociación y el reconocimiento de ellas mismas como sujetas de derechos.

3. Acerca de la salud sexual y reproductiva

"Las pastillas, la T que se la ponen no sé donde y el condón, que me da vergüenza decir cómo se pone"

*Muchacha adolescente
de Golfito*

"Conozco los preservativos pero no sé como usarlos, se consiguen en las pulperías, nadie me ha enseñado a ponérmelos"

*Muchacho adolescente
de Golfito*

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 VIH/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 con relación a la salud sexual y salud reproductiva.

3.1 Desde los conocimientos

Mencionan el nombre de algunas enfermedades, principalmente el SIDA, todas las personas participantes en los ocho grupos focales la nombran: *"El SIDA, no sé de otras enfermedades"*. Ninguno hace referencia a la diferencia entre el VIH y el SIDA.

Los muchachos citan la gonorrea, la sífilis, el chancro y la "cresta de gallo": *"El chancro, el SIDA, y la cresta de gallo, que le proviene en el pene, que cuando se revientan quedan unos huequitos"*. No mencionan las enfermedades de transmisión sexual más comunes de la zona de Golfito como la clamidia y la hepatitis B.

Confunden las enfermedades de transmisión sexual con enfermedades del aparato reproductor, mencionan cáncer en las trompas de Falopio, infecciones de los ovarios y el cáncer en la próstata como ejemplos de enfermedades de transmisión sexual. Las adolescentes no escolarizadas de 15 a 19 años demuestran mayor desconocimiento en este tema, solamente se refieren al SIDA.

El desconocimiento de las enfermedades sexuales, va acompañado de confusión en las formas de transmisión: *"Se transmiten cuando uno tiene relaciones sexuales, por la sangre, el SIDA, cuando se besa y tiene una caries"*. *"Uno se puede besar y se le pega el SIDA y otras no, porque la saliva es efectiva para eliminarlo"*. Este desconocimiento y esta confusión constituyen situaciones de riesgo.

Por otra parte, manifiestan algunos conocimientos acertados respecto al SIDA: *"Se transmite por relaciones sexuales, de*

manera que bien sea el hombre o la mujer por no usar el condón, o el mal uso de él, o bien por transfusiones de sangre contaminada". La información es aislada y muy básica.

Sobre las formas de protección de enfermedades de transmisión sexual, mencionan generalmente el condón pero desconfían de su eficacia: *"No hay que confiarse en el preservativo porque puede tener un huequito y por ahí le pasan la enfermedad a uno"*.

También mencionan como método de prevención, la práctica del examen médico para detectar el SIDA, pero esta práctica, por una serie de valores socioculturales, es poco factible. Las posibilidades de contraer esta enfermedad las identifican con las relaciones sexuales con desconocidos, drogadictos y con trabajadoras del sexo. Presumen que identificando estos grupos de riesgo y eligiendo la pareja fuera de los mismos evitan el contagio: *"Uno tiene que fijarse con quién lo va a hacer, que no sea marihuano o que no tenga demasiadas relaciones"*. *"No andar con personas que andan en la calle"*. Predomina la concepción del matrimonio como una forma de protección: *"No teniendo relaciones sexuales antes del matrimonio, porque le pueden pegar una enfermedad"*.

Existe confusión respecto a los métodos de protección y los métodos anticonceptivos. Hablan de métodos anticonceptivos como formas de prevenir las enfermedades de transmisión sexual: *"...con pastillas anticonceptivas, vacunas e inyecciones"*.

No construyen una definición de salud reproductiva, ambiguamente relacio-

nan esta categoría con la reproducción: *"Es algo de la reproducción de uno"*. Sobre planificación familiar tienen nociones muy básicas: *"Planificación familiar es no tener más hijos"*.

Sobre prácticas y métodos anticonceptivos, uso, efectos sobre la salud, funcionamiento y efectividad, conocen muy poco: la T de cobre, las jaleas, el condón, las inyecciones. Sus conocimientos están llenos de distorsiones: *"Uno que le ponen a la mujer, que le hacen un lavado, le meten una manguera en el estómago y succionan el estómago y el intestino"*.

Solamente una joven habla de la vasectomía y la salpingectomía como formas de planificación familiar. El conocimiento sobre el condón femenino no es generalizado, es citado por una adolescente pero no hace referencia sobre su forma ni su uso *"...el preservativo para el hombre y el preservativo para la mujer, pero no sé si aquí hay"*.

La abstinencia también es mencionada como forma de planificación: *"Si uno no quiere quedar embarazada entonces que no tenga relaciones sexuales"*. Nombran el aborto: *"Se aborta con pastillas"*. *"Los doctores hacen operaciones para abortar"*.

El desconocimiento sobre métodos anticonceptivos es más evidente cuando se pregunta sobre las formas de utilizarlos: *"Los condones se usan una hora antes de hacer el sexo"*. *"Los condones se ponen después que la pareja hace el amor y sirven para que los espermatozoides no lleguen y no quede embarazada"*.

Las y los adolescentes consideran que los métodos anticonceptivos son da-

ñinos para la salud, en mayor medida la T de cobre: “*Yo ni loca me la pongo*”. “*No me la he puesto, da cáncer o se puede encarnar*”. No hacen referencia a la consulta médica para el uso de métodos anticonceptivos.

La limitada concepción sobre salud sexual y salud reproductiva, es producto de controles sociales que inducen a una sexualidad mal entendida y mal vivida. Esta situación les afecta en 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.

Existe una serie de mitos sobre métodos anticonceptivos:

“El agua de pipa chiquita, eso evita que el espermatozoide llegue al óvulo”. “*La mata de romero, la hierven o se la toman*”.

Un método natural mencionado con frecuencia es que la mujer tome un vaso de agua antes de tener la relación sexual y después orine. Otra práctica que mencionan es el coito interrumpido.

Las parejas que asistieron al grupo de madres adolescentes no conocen el método del ritmo, recomendado por la Iglesia Católica “*...que la mujer, una vez, cuando hace el amor, se lave vaginal, ese es un ritmo [sic] que mis abuelitos me contaban del tiempo de antes*”. Tampoco lo mencionan las y los jóvenes de los otros grupos focales.

La información que obtienen sobre métodos anticonceptivos proviene de di-

ferentes 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: “*A mamá y a papá*”. 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 disponibles mencionadas son el personal técnico y profesional en Salud: “*Al doctor, al hospital*”. “*En la Clínica del Adolescente*”. Hacen referencia a otras fuentes de información: “*En la tele o en el radio*”. “*A una amiga que le tengo confianza*”.

3.2 Desde las actitudes

Las y los participantes se mostraron reservados al hablar de estos temas, sobre todo por ser personas que socialmente no están legitimadas para ejercer plenamente su sexualidad.

En los grupos se hicieron evidentes diversas actitudes: existe una marcada diferencia en la actitud de las adolescentes madres sin pareja, que hablan sin inhibiciones sobre sus prácticas sexuales. Contrario a esta actitud las adolescentes no escolarizadas de 15 a 19 años, se limitan a repetir los comentarios de las compañeras. Varias manifiestan que no necesitan información sobre métodos anticonceptivos, nunca la han solicitado porque no es del interés de ellas. Otras niegan indirectamente involucrarse en esta temática al manifestar con disgusto que es la “*...primera vez que escucho hablar de esos temas*”.

3.3 Desde las prácticas

Ante la pregunta: ¿Los jóvenes se protegen en la comunidad? se dan respuestas contradictorias: *“Hay jóvenes que usan el preservativo porque quieren su cuerpo”*. *“Son pocos los jóvenes que usan el condón, que se cuidan”*.

La práctica que más mencionan es el uso del condón masculino, aunque la información de la mayoría de los jóvenes parte del discurso y no de la práctica: *“Yo cuando uso el preservativo reviso que en el empaque no tenga aire, los abro y que tenga goma, y a veces, cuando hay tiempo, uno lo estira, porque si no lo estira se rompe, uno le echa una gotita de agua y si se sale está malo”*.

La existencia de la prostitución es otra práctica mencionada: *“Cuando me iba a meter donde están las mujeres, me ponía un condón y como se dice, venga y vámonos”*. Se evidencia la existencia de adolescentes prostituidas: *“Conozco putas de 12 y 13 años, se ven con hombres mayores, las putas son las que tienen carné...”*. Este comentario llama la atención acerca de los procesos de vida de estas adolescentes que inician la sexualidad en la prostitución, o en un probable abuso sexual infantil, situaciones que les marcan el resto de la vida.

Las madres sin pareja practican el coito interrumpido y el “método del vaso de agua”: *“Uno termina, se para inmediatamente y orina y se toma un vaso de agua, es absoluto, duré como año y medio sin quedar embarazada”*. También comentan sobre otras prácticas: *“Cuando uno hace el amor, la mujer se levanta y se va a bañar, se lava la vagina, es lo más malo que*

le hace, porque si ella queda embarazada al instante y le cae el chorro de agua cuesta mucho que salga embarazada porque el frío del tubo hace que no sirva el espermatozoide”.

3.4 Desde el género

Existen concepciones genéricas que legitiman conductas y actitudes diferenciadas para los hombres y las mujeres, incluida en ellas la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Las y los participantes conciben la protección como un asunto de los varones, aquí está presente el mito que la mujer que se cuida ejerce la prostitución: *“...las únicas que se protegen son las que andan en la calle, esas si se cuidan, las putas si se cuidan”*. En contraposición, se considera que las mujeres casadas no necesitan protegerse.

Cuando mencionan la protección, tienden los jóvenes a hablar más del preservativo, por el contrario, las muchachas señalan como método preventivo conocer a la pareja; pero mucha mayor seguridad les brinda la figura del matrimonio. Se consolida de esta manera el matrimonio como espacio legitimado por la sociedad para la realización de la sexualidad femenina. En esta comunidad, la unión libre equivale al matrimonio en las funciones reguladoras de la sexualidad.

Respecto a la planificación familiar y la utilización de métodos anticonceptivos una participante dice: *“Los dos tienen que cuidarse, si ella no tiene pastillas él tiene que usar el condón”*. Estas afirmaciones se hacen desde una posición alternativa, sin tomar en cuenta la realidad de las mujeres, son sujetas pasivas ante su sexuali-

dad y la sexualidad de sus compañeros, por ejemplo, una madre adolescente, al referirse a la práctica del coito interrumpido manifiesta que “...unos, por el bien de uno, antes de eyacular se quitan”.

4. Acerca de la Maternidad

“Sufrió mucho en este embarazo, yo converso con mi bebé y le pregunto ¿por qué me pasa esto a mí?”

Madre adolescente de Golfito

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

4.1 Desde los conocimientos

Respecto a los conocimientos que las jóvenes tienen sobre la maternidad, mencionan la experiencia en el cuidado de niños y niñas: *“Sobre eso yo sé mucho porque he creado a las dos niñas de mi hermana”*. *“Ya sabía bastante de chiquillos porque me pasaba cuidando chiquitos”*.

Se refieren a la importancia de la información y del control médico durante el embarazo: *“El control prenatal es bueno para ver cómo está el bebé”*, pero cuestionan la atención que les brinda el Hospital de la comunidad.

4.2 Desde las actitudes

Las madres adolescentes con pareja mostraron una actitud muy pasiva en la discusión de los Grupos Focales. La información suministrada fue escasa, se presume que la presencia de los compañeros las intimidó para expresarse.

Ante la noticia del embarazo las respuestas de las muchachas con pareja difieren de las que no tienen pareja. Por lo general muestran actitudes ambivalentes: *“Me sentí asustada pero contenta porque ya iba a ser mamá”*. Las madres sin pareja manifiestan haber sentido un rechazo hacia la maternidad, en el momento que confirmaron el embarazo: *“Para éste pensé en abortarlo, pero no, el bebé no tiene la culpa”*. Hablan explícitamente de sus vivencias y sentimientos: *“No quería al bebé en los primeros meses, solo faltaba que me lo sacara a patadas, pero ya no”*.

Se culpan del embarazo y libran de toda responsabilidad al progenitor de sus hijos e hijas: *“La culpa es mía por no cuidarme”*.

Muestran una actitud de tristeza, de desolación y desamparo: *“Sufrió mucho en este embarazo, yo converso con mi bebé y le pregunto que ¿por qué me pasa esto a mí?”*. Estas actitudes en muchos casos son reforzadas desde la familia: *“Mi papá casi me descuella pero mi mamá lo bajó un poco”*.

Las madres adolescentes dicen que si bien los embarazos no han sido planificados, una vez que nacen, los hijos e hijas son queridos: *“Me sentía muy triste, no me sentía alegre, nunca le di importancia, de seis meses para adelante, sí, le ha-*

blé y de todo". *"Uno se siente mal, sabe que va a ser madre y que uno tiene que querer a los hijos. Es bonito ser mamá"*.

Estas jóvenes comparten una actitud negativa respecto a la atención recibida en los servicios de salud, manifiestan un sentimiento de rechazo hacia el control prenatal, en particular cuando les practican el tacto vaginal: *"Me da miedo que me vuelvan a hacer el tacto, si uno dice que no, no lo atienden"*. *"A mi no me gusta el control, no lo atienden bien. Siempre le hacen el tacto"*. *"A los hospitales yo les hago la cruz"*. El desconocimiento de los protocolos del control prenatal, hace que estas jóvenes prescindan de él, volviendo más vulnerable, su ya riesgo embarazo. Es necesario que los médicos encargados del control prenatal, tomen en cuenta estos sentimientos y la dinámica que las madres adolescentes viven antes de realizar una exploración de este tipo.

4.3 Desde las prácticas

Las preguntas sobre las prácticas, se centran en el control prenatal. Fue más continuo en las madres emparejadas y más irregular en las madres adolescentes sin pareja.

Los compañeros de las muchachas emparejadas, no se involucraron en el proceso del embarazo, pero consideran importantes los cuidados especiales durante el mismo: *"Yo le di más cuidado, chiniarla más"*. No mencionan el acompañamien-

to en el parto ni en cursos previos al mismo, asumen su paternidad en términos de proveedores: *"Ya tenía una obligación que ver"*.

Una práctica común es la asistencia a un hospital o clínica para la atención del parto. Ninguna de ellas tuvo su hijo o hija fuera de un establecimiento de salud.

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, esta situación representa una limitación en el desarrollo personal.

El caso de madres sin pareja, les impone la manutención parcial (cuando existe la ayuda de la familia), o total: *"Sí cambiaron mis planes, uno tiene que madurar y trabajar y luchar sola por sus hijos"*. No tienen muchas opciones para el futuro por varias razones, pero la principal es ser mujer adolescente en una zona rural, donde se circunscriben sus posibilidades a la reproducción y a la responsabilidad de los oficios domésticos: *"Para mí todo seguía siendo igual, [...] no tengo ni planes, ni sueños"*.

La paternidad la enfatizan a partir de la responsabilidad de la manutención familiar: *"Cambió un poco, porque ya tenía una obligación que ver [...] planes de estudio no tenía, me quedé tranquilo"*.

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 Golfito 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 Golfito 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.
- 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 equitati-

vas 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 respon-

sable, dirigidos a la población adolescente 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 genéricos 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 perso-

nal 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 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 preven-

ción sobre salud sexual y salud reproductiva.

- Se requieren acciones en la comunidad de Golfito 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.

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 de 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. 6^a. 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 _____

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

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

Pbro. Carlos Ernesto Espinoza G. Parroquia San José, Golfito, 30 de mayo de 1999.

Prof. Verfalia López Alpízar. Colegio Técnico Profesional Manuel Vicente Castro, Golfito, 19 de mayo de 1999.

Sr. Oscar Garita. Caja Costarricense del Seguro Social, Golfito, 1 de junio de 1999.

Sr. Mauricio Alvarado Delgadillo. Patronato Nacional de la Infancia, Golfito y Osa, 1 de junio de 1999.

Dr. Rafael Gutiérrez Espinoza. Caja Costarricense del Seguro Social, Golfito, 13 de mayo de 1999.

Prof. Kattia Barrantes Sánchez, Escuela Central de San José, Golfito, 26 de abril de 1999.

Sr. Jony Alfaro Gamboa. Catequesis Iglesia Católica San Miguel, Golfito, 20 de abril 1999.

Sr. Rigoberto López Hidalgo. Junta de Pastoral. La Virgen de Sabalos, Golfito, 7 de mayo 1999.

Prof. Shirley Benavides Díaz, Colegio Técnico Profesional Carlos Manuel Vicente Castro, Golfito, 23 de marzo de 1999.

Prof. Marjorie Hernández Rojas. Colegio Carlos Manuel Vicente Castro, Golfito, 23 de abril de 1999.

ANEXO 6

LISTA DE COLABORADORAS Y COLABORADORES DE LAS ACTIVIDADES DEL DIAGNÓSTICO COMUNAL

Área de Salud de Golfito

Dr. Jorge Brenes Durán.
Licda. Olga Marta Hidalgo B.
Licda. Shirley Segura S.
Licda. Grettel Gutiérrez V.
Lic. Alberth Picado S.
Dr. James Gabert P.
Técnico Ortopedista Miguel Muñoz.
Aux. Enf. Dunia Obando R.
Sr. Rafael Concepción Gomez.
Sr. Benjamín Fonseca V.

Colaboradores (as) de la comunidad

Licda. Kattia Barrantes S.
Sr. Martín Vargas. Coordinador del
Movimiento Nacional de Juventudes.
Licda. Grace Marín. Patronato Nacional de
la Infancia.
Delegado Patronato Nacional de la Infancia.
Orientadora Escuela de San José.
Orientadoras del Colegio de Golfito.

Hospital Ciudad Neily

Licda. Ana Patricia Durán S.

Dirección Regional Brunca

Licda. Flor del Carmen Suárez A.

Hospital Escalante Pradilla

Dr. Miguel Ángel Calderón A.
Licda. Marjorie Greenwood A.
Lic. Luis Gerardo Quesada S.

Hospital San Juan de Dios

Dr. Max Varela Campos.
Licda. Ana Lucía Flores H.
Licda. Nidia Lobo G.
Licda. Jamilette Torres P.
Licda. Sonia Coto Albán.
Licda. Illiana Otárola S.
Licda. Leticia Castro Ch.
Licda. Fanny Castillo L.

