

# SEXUALIDAD ADOLESCENTE

Un estudio sobre sus  
conocimientos,  
actitudes y  
prácticas

PROYECTO COS/98P/04

ZONA RURAL  
GUATUSO

Autores:

Julieta Rodríguez Rojas

Mynor Sequeira Solano

Marco Díaz Alvarado

Carlos Garita Arce



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

Las publicaciones del Programa de Atención Integral de 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 Viquez

**Agosto, 1999**

**San José Costa Rica**

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

**PRESENTACIÓN** .....

**CAPÍTULO PRIMERO:  
PROYECTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES** .....

I. Aspectos Generales .....

II. Líneas estratégicas y metas .....

1. Funcionamiento en subredes .....

2. Información, educación y comunicación .....

3. Capacitación .....

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

5. Coordinación interinstitucional .....

III. Justificación .....

IV. Objetivo de desarrollo .....

**CAPÍTULO SEGUNDO:  
DIAGNÓSTICO** .....

I. Objetivo del Diagnóstico .....

II. Fundamentos teóricos .....

1. Concepción de la adolescencia .....

2. Construcción de las identidades de género .....

3. Construcción de las identidades sexuales .....

4. Maternidad y paternidad adolescente .....

5. Construcción de un proyecto de vida .....

6. Salud sexual y reproductiva .....

III. Estrategia metodológica

1. Las situaciones investigadas .....

2. Técnicas de recolección de información .....

3. Sistematización y análisis de la información .....

IV. Criterios éticos .....

V. Limitaciones de la investigación .....

**CAPÍTULO TERCERO:  
RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO.....**

- I. Acerca del cantón de Guatuso .....
- II. Situaciones de riesgo de la población adolescente .....
- III. Acerca de la población adolescente que participó en los grupos focales .....
- IV. Acerca de la población adolescente usuaria de los servicios de salud .....
- V. Análisis de la información obtenida en los grupos focales .....

  - 1. Acerca de los patrones de socialización diferenciados por género .....
  - 2. Acerca de la sexualidad .....
  - 3. Acerca de la salud sexual y reproductiva .....
  - 4. Acerca de la maternidad .....

**CAPÍTULO CUARTO:  
RECOMENDACIONES .....**

**BIBLIOGRAFÍA .....**

**ANEXOS**

- ANEXO 1. Boleta de información para adolescentes  
que participaron en los grupos focales .....
- ANEXO 2. Boleta de información para la población adolescente  
usuaria de los servicios de salud .....
- ANEXO 3. Guías de discusión para los Grupos Focales .....
- ANEXO 4. Lista de informantes claves .....
- ANEXO 5. Lista de personas entrevistadas .....
- ANEXO 6. Lista de colaboradoras y colaboradores en la comunidad .....

## PRESENTACIÓN

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S., ha venido luchando por que se le brinde atención integral en salud a todos los 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 Población y 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 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 C.C.S.S., la cual cubre a toda la población costarricense, se constituyen en oportunidades nuevas, para llegar a los jóvenes y sus necesidades.

Podrían sin embargo afrontarse también nuevos obstáculos, como por ejemplo funcionarios 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 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 los jóvenes, para lo cual se hizo el diseño metodológico de una investigación cuanti-cualitativa que ejecutamos en tres áreas de salud.

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

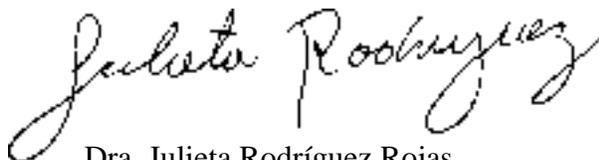
Estos resultados que nos hablan de los miedos, temores y sufrimientos de diferentes grupos de adolescentes, algunos de ellos muy postergados, representan el invaluable insumo para la segunda parte del proyecto, que ejecutamos gracias al apoyo técnico y financiero del UNFPA; la definición de estrategias 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 bastantes 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 estimule a todos a continuar luchando por que se cumplan todos los derechos de nuestros adolescentes.

Nuestro imperecedero agradecimiento al UNFPA por permitirnos vivir esta experiencia.

ATENTAMENTE,



Dra. Julieta Rodríguez Rojas

DIRECTORA

PROGRAMA ATENCION 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)<sup>1</sup>.

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<sup>1</sup>.

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 pobla-

ción, 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 Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), en términos de

equidad social, la transición demográfica 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, comportamien-

tos y prácticas en el campo de la sexualidad, la salud sexual, la salud reproductiva y las dificultades en el acceso a los servicios que el Estado Costarricense les ofrece.

#### **IV. OBJETIVO DE DESARROLLO**

El proyecto plantea como objetivo de desarrollo:

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

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

Los diagnósticos, que también se realizaron en Golfito y en Santa B, indagaron 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 población<sup>2</sup>. 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 de decisiones. Estas situaciones son comu-

*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.*

nes 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. La 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 traba-

jo 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 co-

munidades 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 Población y 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 Población y 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 Población y 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 Población y 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 infecundidad. 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 Población y 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 información 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 de todas las comunidades involucradas en el diagnóstico, 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 las tres subredes seleccionadas.

## 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 a) 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 cursen la enseñanza secundaria, de 15 a 19 años.

#### Grupo N°3:

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

#### Grupo N°4:

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

#### Grupo N°5:

Diez muchachas, no escolarizadas de 15 a 19 años.

#### Grupo N°6:

Diez muchachos, no escolarizados de 15 a 19 años.

#### Grupo N°7:

Cinco madres adolescentes, con sus respectivas parejas.

#### Grupo N°8:

Diez madres adolescentes sin pareja.

## **Temas de discusión de los Grupos Focales**

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

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

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

## **Sesiones de discusión de los Grupos Focales**

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

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

## **2 b) 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 c) 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 d) 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 e) 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 las subredes, quienes trabajaron 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 talleres 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 acti-

va de los y las adolescentes de la comunidad y a su disposición para compartir experiencias y opiniones.

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 puedan ser 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.

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.

- Un aspecto importante de señalar fue que, en estos mismos grupos, 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 las respuestas fue “Los jóvenes si 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 GUATUSO

El cantón de Guatuso pertenece a la provincia de Alajuela y se ubica en la Región Huetar Norte. Lo constituyen tres distritos: San Rafael, Buena Vista y Cote. Su área es de 758.032 km<sup>2</sup>, con una población total de 11,751 habitantes. (Ver cuadros A y B).

La comunidad de Guatuso tiene una población adolescente que representa un 24.3% de la población total, repartidos casi en un 50% en edades de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. De estos dos grupos, en las edades de 10 a 14 años hay un 51.33% de población masculina y un 48.66% femenina, mientras que en el segundo grupo de edad, de 15 a 19 años, hay un 49.56% de población masculina y un 50.43% población de femenina (Ver cuadro B).

Dentro de las características generales de la población del cantón, se destaca la convivencia de 3 grupos étnicos importantes: colonos de la meseta central, indígenas y migrantes nicaragüenses. Cada una de estas poblaciones presenta problemas y situaciones muy diferentes, que hacen pensar en estudios específicos para determinar mejores mecanismos de atención.

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, la población escolarizada es de 3722 personas, lo cual representa un 31% de la población total de la comunidad con acceso a las diversas formas de instrucción educativa. (65% en instituciones primarias, 29% en instituciones secundarias y 5% en las universitarias).

Estas cifras señalan, además, las difíciles condiciones para el acceso a los distintos niveles educativos, pues se contabilizaron 46 instituciones de educación primaria y solo 3 de educación secundaria, en el caso de las universitarias solo se menciona una. Esta situación no presenta diferencias significativas para hombres o mujeres.

Relacionado con el acceso a los Servicios de Salud, en Guatuso se encuentra una clínica y cuatro EBAIS, ubicados en diferentes zonas, sin embargo, la cobertura se dificulta porque se atiende a una población muy dispersa, que además enfrenta problemas de transporte para llegar a los distintos establecimientos de salud (Ver cuadro D).

Entre las organizaciones de Asistencia Social que trabajan con adolescentes, solo se encuentra la Pastoral Social de la iglesia católica, que se encarga de dar orientación espiritual. (Ver cuadro D).

Con respecto al entretenimiento, la comunidad de Guatuso ofrece muy pocas opciones; se menciona la existencia de 20 salones comunales y 33 plazas deportivas. Los salones comunales, sin embargo son galerones rústicos, con escasa instalación sanitaria, deportiva y de mobiliario. (Ver cuadro D).

Son pocas las personas que tienen acceso a las instalaciones deportivas, pues suelen ser hegemónicas por los hombres adultos. Los niños y las niñas tienen mayores limitaciones y el uso de estos sitios suele limitarse a las horas del recreo escolar.

Guatuso, al igual que otras zonas rurales del país, no presenta muchas opciones en lo que se refiere a la existencia de grupos organizados, que ayuden al sano esparcimiento de los jóvenes de la zona.

La mayoría de las agrupaciones existentes son de carácter religioso, entre las que se puede señalar un total de 13 agrupaciones (Ver cuadro E).

Además, se menciona la existencia de un grupo de madres adolescentes en el que participan 12 mujeres y un grupo musical, donde participan 19 personas.

Con respecto a las actividades económicas, el cantón se dedica a la ganadería, agricultura y comercio. Estas actividades se caracterizan por no absorber gran cantidad de mano de obra, trabajarse en núcleos familiares, o requerir de trabajadores estacionales. El lento crecimiento del sector comercio es otro factor que limita las posibilidades de empleo de la población adolescente, de la cual 69% no se encuentra escolarizada. (Ver cuadro A).

En términos generales, no se encuentran muchas opciones laborales ni de esparcimiento. Tampoco existen organizaciones comunales que se conviertan en alternativas para las y los adolescentes.

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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA				SUPERFICIE TERRITORIAL Km <sup>2</sup>	ACTIVIDADES ECONÓMICAS
REGIÓN	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITOS		
Huetar Norte	Alajuela	Guatuso	San Rafael Buena Vista Cote	7580.32 Km <sup>2</sup>	Ganadería Agricultura Comercio

Fuentes: Datos básicos (balance área 1998).  
Diagnóstico comunal.

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

POBLACIÓN TOTAL				POBLACIÓN ADOLESCENTE				GRUPOS ETARIOS POBLACIÓN ADOLESCENTE					
ABS. 11751				ABS. 2853 %24.3									
F		M		F		M		GRUPO ETARIO	F		M		
Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%		Abs.	%	Abs.	%	
5643	48.2	6108	51.97	1411	49.45	1442	50.54	10 - 14 años Abs.1574 %55.16	766	48.66	8058	51.33	
								15 -19 años Abs.127 %44.83	645	50.43	634	49.56	

Fuente: Balances de 1998 del área de Guatuso.

**CUADRO C**  
**INSTITUCIONES EDUCATIVAS**  
**COMUNIDAD DE GUATUSO**  
 1999

INSTITUCIONES	TIPO POBLACIÓN			TOTAL INSTITUCIONES
	MIXTA	FEMENINA	MASCULINA	
Primarias	2345	-	-	46
Secundarias	1082	-	-	3
Vocacionales	-	-	-	-
INA	X	-	-	No permanente
Parauniversitarias	-	-	-	-
Universitarias	205	-	-	1
Otras	-	-	-	-
<b>TOTAL TIPO POBLACIÓN</b>	<b>3722</b>	<b>1860</b>	<b>1862</b>	<b>50</b>

Fuente: Datos de escuelas y colegios (Matrícula de 1999). Dirección de los Centros Educativos.

Observaciones: El INA imparte cursos ocasionalmente a jóvenes y personas adultas, pero no se cuenta con registros exactos de la población beneficiaria.

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

SALUD		ASISTENCIA SOCIAL		DEPORTIVOS		RECREATIVOS	
TIPO	CANT.	TIPO	CANT.	TIPO	CANT.	TIPO	CANT.
● Clínica.	1	● Pastoral Social. (orientación espiritual)	1	● Asoc. Vetera.	1	● Salón Comunal Ríos	20
● EBAIS.	4			● Cancha de Fútbol.	1		● Plaza Deportiva.
				● Cancha de basket, mixto.	1		
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>		<b>1</b>		<b>3</b>		<b>54</b>

Fuentes: Balance de 1998, entrevistas a representantes de Iglesias y datos del diagnóstico comunal.

Observaciones: En lo que respecta a centros deportivos, éstos no son instituciones deportivas, no son de acceso público, solamente la cancha de deportes y son centros mixtos.

En relación a centros recreativos éstos constituyen lugares de esparcimiento popular para la comunidad.

Entiéndase por salón comunal: galerones rústicos, con escasa instalación sanitaria, deportiva y de mobiliario.

CUADRO E  
GRUPOS ORGANIZADOS DE ADOLESCENTES  
COMUNIDAD DE GUATUSO  
1999

GRUPOS	TIPO POBLACIÓN			TOTAL GRUPOS
	MIXTA	FEMENINA	MASCULINA	
PAIA	-	-	-	
Madres adolescentes	-	12	-	1
Religiosos	232	-	-	13
Artísticos	-	-	-	-
Comunales	-	-	-	-
Cruz Roja Juvenil, primeros auxilios	-	-	-	-
Ecologistas, montañismo	-	-	-	-
Scouts	-	-	-	-
Otros Grupo musical (Banda)	19	-	-	1
<b>TOTAL TIPO POBLACIÓN</b>	<b>251</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>15</b>

Fuente: Instituciones públicas, iglesias, supervisión escolar, balances de 1998.

Observaciones: En los EBAIS se trabaja con adolescentes embarazadas pero no existen grupos consolidados.

Con respecto a los grupos religiosos, cabe mencionar que éstos constituyen población flotante, no existe un seguimiento por parte del sector salud por lo que no se cuenta con registros exactos de los mismos, se presenta un aproximado.

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

Se realizó un total de diez entrevistas, dentro de las cuales se incluyó a un guardia rural, a cinco representantes de distintos grupos religiosos (iglesia bíblica, católica, metodista, pastoral juvenil católica y evangélica) así como a cuatro personas del sector educativo (escuelas y colegios). Todas estas personas realizan actividades preventivas, de consejería, espirituales o educativas. A la vez 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 éstos problemas y las recomendaciones para superarlos.

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

“Alcoholismo y drogadicción, poco acceso a la educación y al empleo, lo que conlleva problemas de vagancia; prostitución, violencia doméstica y abuso sexual de parte de padres y profesores; relaciones sexuales tempranas y embarazos no deseados y población de migrantes”.

Para el guardia rural, quien define su trabajo con adolescentes en un nivel preventivo, la delincuencia es un problema serio en la zona. La vigilancia y la orientación a los y las adolescentes se presentan como mecanismo que ayudan a prevenir problemas de esta índole.

Se cuestionó sobre las diferencias en las situaciones de riesgo que enfrentan hombres y mujeres. En general, las personas entrevistadas opinan que las situaciones de riesgo afectan por igual a muchachas y muchachos, y únicamente en lo que se refiere al abuso sexual señalaron que lo sufren más las mujeres, principalmente por parte de sus progenitores.

Sumado a esta situación, el panorama de las alternativas es muy limitado según las personas entrevistadas; sobre todo por la falta de atención a las diversas problemáticas: *“Guatuso es un lugar complejo, la gente es conformista, casi a nivel general, cada cual vive por lo suyo”, “Hay una percepción generalizada de que existe abuso sexual sobre todo de los padres a sus hijas, pero no se denuncia”.*

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

- Organizar actividades deportivas, grupos, proyectos específicos y culturales.
- Generar alternativas de estudio y fuentes de trabajo.
- Impulsar grupos de apoyo para madres adolescentes y para jóvenes en riesgo de alcoholismo y drogadicción.

- Fomentar charlas y talleres de capacitación sobre información sexual, consecuencias de los embarazos no deseados, etc.
- Realizar actividades que integren tanto a los jóvenes como a los padres y madres de familia para mejorar la comunicación entre ambos.
- Crear lugares para el desarrollo de artes, manualidades, etc. dirigidos a mujeres.
- Abrir una oficina regional del INA o de otras instituciones.

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

La población que acudió a los grupos focales de Guatuso, estuvo constituida por 56 adolescentes con las siguientes características: 46.4% hombres y 53.6% mujeres. De éstos, la mayoría (64.3%) se concentra en edades entre los 15 y diecinueve años y están solteros y solteras (Ver cuadros N° 1 y 2).

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

SEXO	Abs.	%
Femenino	30	53.6
Masculino	26	46.4
Total	56	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 GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
10 a 14	8	14.3	7	12.5	15	26.8
15 a 19	20	35.7	16	28.6	36	64.3
No responde	2	3.6	3	5.3	5	8.9
TOTAL	30	53.6	26	46.4	56	100

Fuente: Proyec30 Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Caja Costarricense del Seguro Social 1999.

En esta comunidad las opciones de trabajo están centradas en el sector de la ganadería, agricultura y comercio. En grupo en estudio, el número de hombres que trabaja duplica al número de mujeres. Esto significa que las limitaciones en el empleo presentan diferencias significativas según sexo. (Ver cuadro N°3).

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

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	7	12.5	14	25	21	37.5
NO	23	41.1	12	21.4	35	62
TOTAL	30	53.6	26	46.4	56	100

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

El Cuadro N°4 señala que la mitad de la población adolescente, tanto hombres como mujeres, no estudia actualmente

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

ESTUDIA ACTUALMENTE	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	16	28.6	10	17.8	26	46.4
NO	13	23.2	14	25	27	48.2
No responde	1	1.8	2	3.6	3	5.4
TOTAL	30	53.6	26	46.4	56	100

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

Siempre dentro del campo de la situación educativa, el 51.8% de la población adolescente estudiada se encuentra en primaria, y un porcentaje importante, el 41.1% en tercer ciclo. Esto datos en conjunto, muestran que la población, en un 92.9%, se encuentra en un nivel inferior al tercer ciclo y hay pocas personas con acceso a la educación universitaria y técnica (Ver cuadro N°5).

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

NIVEL ACADEMICO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primaria incompleta	10	17.9	9	16	19	33.9
Primaria completa	5	9	5	9	10	17.9
Tercer ciclo	11	19.6	12	21.4	23	41.1
Cuarto ciclo	-	-	-	-	-	-
Técnico	3	5.3	-	-	3	5.3
No responde	1	1.8	-	-	1	1.8
TOTAL	30	53.6	26	46.4	56	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 Guatuso, entre los meses de abril y mayo de 1999, se encuestó a 69 adolescentes con las siguientes características: un 62.3% de mujeres y un 37.7% de hombres. Durante este período, la cantidad de mujeres que acudió a la consulta duplicó el número de hombres. De esta población el 55.1%, se concentró en el segmento de adolescencia tardía. (Ver cuadro N°6).

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

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
10 A 14	20	29	11	15.9	31	44.9
15 A 19	23	33.3	15	21.8	38	55.1
TOTAL	43	62.3	26	37.7	69	100

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

Con respecto a la condición de asegurada y asegurado, la encuesta reveló que existe un importante porcentaje de mujeres que no tiene Seguro Social (un 13%, frente a un 5.8% de hombres que se encuentran en la misma situación). En total, un 18.8% de los y las entrevistadas no tienen seguro social, lo que representa un porcentaje alto dentro de esta población. 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 GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

TIENE SEGURO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SI	34	49.3	22	31.9	56	81.2
NO	9	13	4	5.8	13	18.8
TOTAL	43	62.3	26	37.7	69	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 una persona no estudia. Un 52.1% cursa la enseñanza secundaria y un 39.1% se encuentra en primaria. Un por-

centaje menor, 5.8%, 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.

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

NIVEL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primaria	19	27.5	8	11.5	27	39.1
Tercer ciclo	13	18.8	6	8.7	19	27.5
Cuarto ciclo	9	13	8	11.6	17	24.6
Técnico	1	1.5	1	1.5	2	2.9
Universitario	-	-	2	2.9	2	2.9
No estudia	1	1.5	-	-	1	1.5
TOTAL	43	62.3	26	37.7	69	100

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

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

MOTIVO DE LA VISITA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Control prenatal	3	4.3	-	-	3	4.3
Prevención de enfermedades transmisión sexual	1	1.5	-	-	1	1.5
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	1	1.5	1	1.5	2	2.8
Planificación familiar	-	-	1	1.5	1	1.5
Accidentes	8	11.5	10	14.5	18	26.1
Examen físico o chequeo estado de salud	14	20.3	7	10.1	21	30.4
Enfermedades (asma, resfrío, alergias)	13	18.8	3	4.3	16	23.2
Otros	1	1.5	4	5.8	5	7.3
No responde	2	2.2	-	-	2	2.9
TOTAL	43	62.3	26	37.7	69	100

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

En lo que se refiere a búsqueda de atención en los servicios de salud, la mayoría de las y los adolescentes que consultan, lo hace con fines curativos. En este sentido, las consultas por enfermedades y accidentes, representan un 49.3 % de las razones de visita. En el plano preventivo, hay un porcentaje importante, 30.4% 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 control prenatal, representan aproximadamente un 10% de las razones de atención. Preocupa la mínima asistencia a los servicios de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Las razones de esta situación, pueden ser el desconocimiento de acceso al servicio o el ocultamiento de esas enfermedades. (Ver cuadro N°9).

La información del cuadro N°10, permite visualizar que la gran mayoría de la población adolescente usuaria de los servicios no tiene hijos e hijas. La cifra es de 94.2%, mientras que las madres adolescentes suman el 5.8%. No se contabilizó ninguna visita por parte de padre adolescentes.

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

TIENE HIJOS(AS)	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
SÍ	4	5.8	-	-	4	5.8
No	39	56.5	26	37.7	65	94.2
TOTAL	43	62.3	26	37.7	69	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 80% de respuestas afirmativas por parte de los y las usuarias.

CUADRO N°11  
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
RESUELVE PROBLEMAS DE LOS  
USUARIOS (AS)  
COMUNIDAD DE GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

RESUELVE PROBLEMA	Abs.	%
SÍ	58	84.1
NO	7	10.1
No responde	4	5.8
TOTAL	69	100

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

CUADRO N°12  
EL PERSONAL ESTÁ CAPACITADO PARA  
BRINDAR ATENCIÓN  
COMUNIDAD DE GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

ESTÁ CAPACITADO	Abs.	%
SÍ	57	82.6
NO	8	11.6
No responde	4	5.8
TOTAL	69	100

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

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

PRIVACIDAD	Abs.	%
SI	60	87
NO	7	10.1
No responde	2	2.9
TOTAL	69	100

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

Para la evaluación de estos aspectos se consideró el estado de las instalaciones, de los establecimientos de salud, las oportunidades de acceso, los horarios de trabajo y la comodidad. Los resultados, que se presentan en los cuadros N°14, 15,16 y

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

BUENAS CONDICIONES	Abs.	%
SÍ	60	87
NO	8	11.6
No responde	1	1.4
TOTAL	69	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 GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

FÁCIL ACCESO	Abs.	%
SÍ	60	87
NO	8	11.6
No responde	1	1.4
TOTAL	69	100

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

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°16  
HORARIO DEL ESTABLECIMIENTO  
DE SALUD  
COMUNIDAD DE GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

ES APROPIADO	Abs.	%
SÍ	61	88.4
NO	6	8.7
No responde	2	2.9
TOTAL	69	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 GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

ES CÓMODO	Abs.	%
SÍ	60	87
NO	8	11.6
No responde	1	1.4
TOTAL	69	100

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

### *Sobre la difusión de los servicios*

En este apartado, interesa indagar sobre el conocimiento que tiene la población adolescente sobre los materiales informativos en general, los materiales de educación sexual en particular, el tipo de materiales a los que tienen acceso, el conocimiento de actividades para adolescentes que realizan los establecimientos de

salud, y el conocimiento de la línea telefónica “Cuenta Conmigo” 800-22-44-911<sup>3</sup>.

En estos aspectos se notó deficiencias en cuanto al conocimiento de los materiales producidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y distribuidos por los establecimientos de salud. Del total de la población entrevistada, únicamente un 42% los conoce (Ver cuadro N° 18). Los materiales de educación sexual, son conocidos por un 52.2% de las personas entrevistadas (Ver cuadro N° 19). Los afiches son los materiales más conocidos (el 43.5% los ha visto); seguidos por anuncios en televisión o radio, que juntos son reconocidos en un 30.4%. (Ver cuadro N° 20).

En relación con las actividades que realiza la clínica, las charlas son mencionadas por un 42% de las personas entrevistadas, mientras que un 50.8% no sabe de ninguna de las actividades (Ver cuadro N° 21). Esta situación debe tenerse en cuenta al momento de programar nuevas estrategias de comunicación y educación en el marco de la modernización de los servicios de salud y en la puesta en práctica de los Compromisos de Gestión.

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

LO CONOCE	Abs.	%
SÍ	29	42
NO	38	55.1
No responde	2	2.9
TOTAL	69	100

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

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

LO CONOCE	Abs.	%
SI	36	52.2
NO	33	47.8
TOTAL	69	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 GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

TIPO MATERIAL	Abs.	%
Afiches	30	43.5
Volantes	1	1.4
Panfleto	4	5.8
Mensaje por la radio	10	14.5
Televisión	13	18.9
Otros	8	11.6
No responde	3	4.3
TOTAL	69	100

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

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

ACTIVIDADES	Abs.	%
Charlas	29	42.1
Grupos de madres adolescentes	3	4.3
Grupos de adolescentes protagonistas o líderes PAIA	1	1.4
Otros	1	1.4
No sabe	35	50.8
TOTAL	69	100

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

<sup>3</sup> Esta línea es sobre consejería en salud, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes y tiene cobertura nacional

La línea telefónica para adolescentes, no es muy conocida por las personas entrevistadas, pues solo un 23.2% manifestó que la conocía. (Ver cuadro N° 22).

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

LA CONOCE	Abs.	%
SÍ	16	23.2
NO	53	76.8
TOTAL	69	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, 44.9%, califica la atención recibida entre excelente y muy buena. Un porcentaje de 43.3% lo establece en las categorías de buena y regular. En total, hay una evaluación positiva del trabajo que se realiza.

Sobre el tiempo de espera, el 60.9% de las personas entrevistadas manifiesta que obtienen sus citas el mismo día en que las solicitan, en contraste con un 11% que espera la cita durante más de un mes.

En el momento de la cita, un 55% de las y los usuarios manifestó que el tiempo de espera es corto y el 36.2% manifestó lo contrario.

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

CALIFICACIÓN	Abs.	%
Excelente	14	20.3
Muy buena	17	24.6
Buena	19	27.5
Regular	11	16
Mala	-	-
Muy mala	-	-
No responde	8	11.6
TOTAL	69	100

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

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

TIEMPO DE ESPERA	Abs.	%
El mismo día	42	60.9
Después de una semana de solicitada	12	17.4
Después de un mes de solicitada	8	11.6
No responde	7	10.1
TOTAL	69	100

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

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

DURACIÓN	Abs.	%
Muy poco tiempo	38	55.1
Mucho tiempo	25	36.2
No responde	6	8.7
TOTAL	69	100

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

*Sobre la participación en actividades para adolescentes*

Según las respuestas que se recogen en el cuadro N° 26, los y las adolescentes mostraron una amplia disposición para participar en actividades organizadas por los establecimientos de salud (casi el 90% 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 adolescentes.

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

ESTARÍA DISPUESTA (O)	Abs.	%
SÍ	61	88.4
NO	6	8.7
No responde	2	2.9
TOTAL	69	100

Fuente: 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 GUATUSO  
ABRIL - MAYO 1999

COMENTARIO	Abs.	%
Mejorar la atención y amabilidad	4	5.8
Duran mucho tiempo para atender	6	8.7
Es buena la atención	18	26.1
Se necesita más apoyo para el adolescente	9	13
No responde	32	46.4
TOTAL	69	100

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

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).

**V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES**

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

*“ El hombre no puede usar aretes ni pelo largo”. “Que la mujer tiene que vestir con color de mujer y el hombre con color de hombre, y la mujer no tiene que vestir como hombre”.*

*Muchacha adolescente de Guatuso.*

*“Me hubiera gustado jugar con muñecas, pero nunca me dejaron porque decían que yo era hombre y los hombres tenían otros juegos”.*

*Muchacho adolescente de Guatuso.*

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 a) Desde los conocimientos

#### Aprendizaje sobre la masculinidad y la feminidad

La construcción de las identidades genéricas, inicia a muy temprana edad, a partir de lo cotidiano, lo concreto y las costumbres que observan: las modas, los colores, el largo del pelo, etc.

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

Las jóvenes aprendieron que la tarea más importante es cuidar a otros, que su misión en la vida es ser madre y comportarse maternalmente, que siempre deben ser delicadas, tiernas y bonitas, que apartarse de estos estereotipos tiene su precio. Hablaron sobre sus juegos infantiles: muñecas, casita, trastes, yaces, quedó, de secretaria, de desfiles de belleza y de diseñadoras.

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. “*Jugaba de policías y ladrones, de guerrillas, ir a ríos, montar caballos de verdad y de palo*”.

Las condiciones geográficas, culturales y socioeconómicas, marcaron sus juegos. Permitieron a niñas y niños jugar al aire libre, en grupos mixtos, en contacto con la naturaleza y los animales, iban a los ríos, montaban a caballo, ejercitaban sus cuerpos e incursionaban en el espacio exterior. Estos juegos les permitieron desarrollar destrezas importantes en su ambiente.

En esta etapa del desarrollo, los niños y niñas asumen la identidad genérica, pero a la vez, incursionan en juegos asignados al otro género. El aprendizaje de las conductas adecuadas para las mujeres y para los hombres es menos estricto en la infancia. Los estereotipos son menos rígidos y hay mayor permisibilidad social para compartir algunas actividades: “*Jugaba carritos con mi hermano y me sentía bien*”. “*No me gustaban las muñecas ni la casita, me gustaba jugar bola con los hermanos y andar a caballo, me encantaba jugar con perros y chanchos*”. “*Jugaba con mi hermana, ella jugaba con una Barbie y yo con una cajita de música y era el de la discomóvil, organizaba fiestas*”. En este caso, el joven que se atreve a decir que disfrutó “los juegos de mujeres”, tiene que justificar su comportamiento, diciendo que en esos juegos sus roles fueron masculinos.

Los encuentros en la infancia adecuan las relaciones genéricas tradicionales, a partir de esa etapa se objetiviza la mujer.

En la adolescencia aumentan las restricciones en este sentido: *“Más bonito me sentía antes, cuando jugaba fútbol y no me decían nada, en cambio ahora juego y me regañan”*. Este mensaje tiene el fin de apartar a la muchacha de comportamientos inadecuados según la visión de la femineidad. Estos comportamientos ponen en peligro su valor y su prestigio.

### 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 como 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.

*“Me enseñaron que me cuidara, que supiera hacer las cosas, lavar, limpiar, porque cuando me casara tendría que hacerlo”*. *“Como dice la maestra, somos rosas que si nos tocan se caen los pétalos”*. *“Las mujeres tienen que estar en la casa, los hombres pueden hacer lo que quieran”*. *“El hombre tiene que trabajar y la mujer tiene que estar en la casa ha-*

*ciéndole todo al hombre”*. *“Los hombres usan malas palabras...”*. *“Si una mujer tiene muchos novios es una mujer de la calle pero si un hombre tiene muchas mujeres es muy hombre”*. *“Las mujeres deben de trabajar como secretarias en un lugar donde no se vea feo que trabaje una mujer”*.

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.

Desde otro punto de vista, las muchachas recibieron mensajes alternativos a la socialización tradicional: *“Mi mamá me enseñó que ser mujer es tener pensamientos propios”*. *“...ser mujer y ser hombre es casi lo mismo, porque en mi casa somos un hermano y yo y mamá nos toma la expresión a los dos”*.

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 femineidad, que las mujeres y las familias les pertenecen, que hay un doble parámetro para medir los comportamientos de las mujeres y de los hombres, que su ámbito

es el público: *“El hombre es para trabajar fuera de la casa, es importante, es la cabeza del hogar”*. *“Los hombres son para el trabajo y llevan los bienes a la casa”*. *“Ser hombre es andar con amigos y no andar con tantas delicadezas”*.

#### Proyectos de vida y planes para el futuro

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

Las y los adolescentes manifestaron tener proyectos de vida o planes para el futuro. Sus proyectos son inmediatistas condicionados por la pobreza y por las alternativas que ofrecen las comunidades. A causa de esta situación, el papá y la mamá no estimulan el estudio, prefieren que trabajen. *“Yo prefiero trabajar que estudiar, porque gano dinero y porque me gusta sembrar y pensar en el futuro. Puede que me haga de una familia y sin plata uno no va a poder mantener a la mujer”*. *“Yo no estudié más porque mi papá no pudo conseguir peones, me sacaron de la escuela para que le ayudara”*. Sobre las posibilidades de estudiar en la región, una joven dice que sólo puede estudiar para maestra, pero para otra profesión debe ir a San José o a San Carlos.

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, educadoras, enfermeras, pediatra, médica, costurera, niñera o trabajar en una fábrica. *“Aquí en Katira habían dado un curso de costura pero uno tiene que tener plata para pagar y comprar la máquina”*. Con el ejercicio de estas profesiones y oficios, trascienden el ámbito privado y doméstico pero continúan desempeñando sus roles de servicio y cuidados a los demás. Solamente una joven expresa un deseo no tradicional sobre su futuro: *“Me gustaría un trabajo relacionado con los derechos de las personas, tanto de las mujeres o personas que se consideren menores”*. Este deseo expresa su conocimiento sobre la existencia de discriminación hacia las mujeres.

Cumpliendo un mandato genérico, estas adolescentes, no estructuran un proyecto de vida independiente de los roles de madres y compañeras. Profesión, trabajo, maternidad y pareja, se entrecruzan en sus proyectos de vida. La misma situación viven las muchachas que no estudian. Este hecho pone de manifiesto que el mandato genérico va más allá de la educación formal: *“Creo que voy a ser una buena madre porque me encantan los chiquitos[...] me gustaría ayudarle a mi marido a ordeñar y hacer queso para ganar dinero”*. Existe una clara idealización de la maternidad y de la vida en familia.

La tendencia genérica de los muchachos es optar por profesiones o trabajos, tradicionalmente masculinos pero también relacionados con las necesidades y características de la zona: veterinarios, agrónomos, profesores, administradores de empresa, varios desean ser futbolistas exi-

tosos, viajar a otros países, montar toros, peón de construcción, mecánico. Los planes son independientes y autónomos, aunque varios expresan su deseo de tener una familia para desempeñar en ella los roles de proveedor y protector que les proporcionan reconocimiento social: *“Vida llena de compromisos, trabajar, mantener a la familia”*. *“Quiero ser un padre de familia muy responsable...”* A pesar de sus sueños, proyectos y ambiciones, se nota la ausencia de planes y estrategias realistas.

Las y los integrantes de los grupos focales de madres con pareja, tienen necesidades inmediatas que resolver: trabajo, vivienda. Su ilusión, según un muchacho de este grupo, es tener *“Trabajo para mantener la familia, una casita aunque sea de pobre, pero con comodidades”*. Para ambos el proyecto de vida está ligado a la posesión de la tierra y a la familia.

#### Noviazgo y relaciones de pareja

El noviazgo y las relaciones de pareja tienen diversas manifestaciones según la etapa de la adolescencia, la escolaridad y 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”.

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 noviazgo**

<b>Para las muchachas</b>	<b>Para los muchachos</b>
<i>“Que vaya a la casa, se besen y anden de la mano”. “Es formal”. “Agarrar algo en serio, más responsable”.</i>	<i>“Más serios, más que se da cuenta la gente”. “Antes de casarse”. “Es una relación muy seria, tiene más responsabilidad y querer a una persona y que no se tome como un juego”.</i>

“Los amigos con derechos” se asumen como relaciones sin compromiso, sin estabilidad, ni responsabilidad. No es necesario que medien sentimientos. La finalidad es “apretarse”, práctica que comprende desde besos y abrazos hasta relaciones sexuales coitales. La amiga con derechos es utilizada y pierde respetabilidad porque se presume que mantiene esa práctica con varios hombres. El amigo con derechos

#### **Para las muchachas**

*“Es correr el riesgo de quedar embarazada”. “Es mal visto en mi comunidad”. “Los amigos con derechos no se quieren, el muchacho no quiere a la muchacha y ella no se quiere así misma”. “No sé que son”.* (Se reportó poca información, se presume que este tipo de relación no es muy común en la comunidad).

#### **Para los muchachos**

*“Uno habla con la amiga con derechos, ve otra y se fue con la otra y no le puede reclamar nada, con ellas yo no tendría un noviazgo”.* *“Uno anda con ella para sacar algo [...] son iguales, andan con uno y con otro”.* *“Si la muchacha sale embarazada el amigo con derechos no se hace responsable”.*

tiene la oportunidad de mostrar un rasgo de su identidad masculina: relacionarse con varias mujeres.

Las relaciones “serias” y “las no serias”, muestran cómo a partir de la adolescencia, las mujeres son catalogadas como respetables o no respetables en función de 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. *“El noviazgo que ella y yo tuvimos no fue un noviazgo con visita ni nada. Estuvimos un año viéndonos a escondidas[...] entonces yo me la llevé donde yo trabajaba”*. *“Nunca tuve novio, lo buscan a uno para hacerle el daño, solo eso que me pasó, tal vez algún día tenga uno”*.

#### 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, las respuestas deben leerse desde la deseabilidad social: *“Pregunto a mamá”*. *“A mis padres y hermanos. “A personas con más consejo y profesores”*.

Un joven señala como principales fuentes de información a los amigos y a las revistas, a las cuales describe como: *“unas revistas de sexo, pero no se como se llaman. Van explicando formas, está es la manera de excitar a la mujer”*. Varios muchachos reconocen que sus padres no tienen suficiente información o que les da vergüenza hablar del tema. Sobre la información recibida en la escuela, los jóvenes señalan el énfasis en los aspectos anatómicos y fisiológicos. También expresaron que consultan libros, escuchan la radio o se informan en la televisión.

En términos generales, consideran que la información no es suficiente y tienen muchas dudas. Un joven que no asiste al colegio, expresa que les gustaría recibir cursos o capacitaciones: *“Sobre el peligro que traen las relaciones, para saber controlarse uno cuando está frente a una mujer”*.

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 po-

sibilidad 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 b) Desde las actitudes

#### Actitudes ante la construcción tradicional de las identidades genéricas

Los sentimientos relacionados con la infancia son de disfrute, felicidad y alegría. En palabras de una muchacha: *“Me sentía dueña de todo porque me olvidaba de todo, de que tenía que hacer la tarea”*.

Hay una actitud positiva ante la transgresión de las normas genéricas y las incursiones en juegos asignados al otro sexo: *“Me gustaban los juegos de hombres, pero tenía el inconveniente que la mayoría tiene: la mamá, que me decía que soy diferente a los hombres, soy mujer”*. *“Me hubiera gustado jugar de muñequitas, pero nunca me dejaron porque decían que yo era hombre y los hombres tenían otros juegos”*. Los mensajes de las personas adultas tienen el objetivo de proteger los roles tradicionales.

#### Actitudes ante los roles, mitos y estereotipos de género

Conforme avanza el aprendizaje de roles, las prácticas y actitudes varían; las

muchachas y muchachos se apegan cada vez más a los estereotipos tradicionales y crece la distancia entre las esferas de desarrollo; esta tendencia se acentúa 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: *“El hombre tiene que trabajar y la mujer tiene que estar en la casa haciendo todo al hombre, lavarle la ropa y cuestiones así.”*

Un muchacho y una muchacha expresan una actitud negativa ante estas normas: *“No estoy de acuerdo, las mujeres y el hombre tienen el mismo principio [...] si yo tengo autoridad, ella la tiene, si ella tiene derecho de decir: voy a hacer tal cosa, entonces que la haga [...] en la práctica yo no voy a hacer como dice el dicho: “pasar por encima de ella”. “No me parece que a los hombres desde chiquitos[...]les inculquen el machismo”*. Opiniones de este tipo, son prueba de un análisis crítico hacia las formas tradicionales de crianza.

#### Actitudes ante los proyectos de vida y planes para el futuro

En las madres con pareja se evidencia explícitamente la idealización de la maternidad y de la vida en familia: *“Tener una casa, trabajar en manualidades, ser feliz para toda la vida con mi esposo y*

*mi hijo, que no haya problemas en la pareja, que el hijo cuando sea grande se porte bien*". Esta idealización, refuerza la dependencia y simbiosis entre sus proyectos de vida y los roles de madre y compañera. Sin embargo, ellas y sus compañeros no obvian las limitaciones económicas. Pocas muchachas expresan una actitud diferente: *"Terminar de estudiar, una vida de hogar, aunque no está en primer lugar"*.

Esta actitud contrasta con lo manifestado por el grupo de madres sin pareja. Este grupo visualiza de forma negativa el futuro. Su actitud es de resignación, impotencia y desesperanza. No manifiestan tener ideales ni expectativas, Saben que existe un colegio pero no tienen posibilidad de asistir. Solamente una chica expresó el deseo de ser policía y otra, el de tener un salón de belleza. El resto se imagina: *"Viejita, arrugada y aburrida"*. *"Ahora que me pasó esto [embarazo], tal vez casarme, o si no quedarme soltera, criar a mis hijos como pueda y la fe en Dios"*. Básicamente su único proyecto de vida es *"...la espera de un hombre que se haga cargo"*.

Entre la población escolarizada, las actitudes sobre los proyectos de vida son bastante diferentes. Los adolescentes en este sector manifiestan la posibilidad de continuar los estudios y tener una profesión o trabajar de jornaleros, de parceleros, obreros u otros. No existe diferencia en cuanto a las expectativas sobre los futuros roles familiares. *"Ya que uno no estudió, por lo menos espero conseguir un trabajo y por si Dios algún día me repara una señora. Trabajar en la parcela, pulsearla por ahí"*. *"Veterinario o farmacéutico como mi papá"*. Las muchachas expresan algu-

nos planes, pero siempre contando con la familia: *"Ser periodista y más adelante ser madre, formar un hogar"*. *"Ser costurera"*.

La población no escolarizada, manifiesta una actitud negativa hacia el estudio, el colegio es visto como un espacio de vagancia, perversión, corrupción y adquisición de malos hábitos: *"Yo hallo que el estudio es una vagancia, la gente que va a los colegios va a jugar, a buscar novia. A mí me gusta el trabajo"*. Esta posición constituye una manera de justificar la imposibilidad de acceder a la enseñanza secundaria. Esta actitud negativa ante la educación es preocupante debido a que no tienen recursos para el acceso y ello conlleva una perpetuación de la pobreza y de las consecuencias derivadas de la misma.

#### Actitudes ante el noviazgo y las relaciones de pareja

Existen actitudes positivas ante el noviazgo en contraposición a las actitudes negativas sobre "amigos con derechos" y a las muchachas que tienen estas relaciones; no sucede lo mismo con los varones que reafirman su masculinidad con estas prácticas: *"Es mal visto en mi comunidad"*. *"Uno anda con ella para sacar algo"*.

#### Actitudes ante la información sobre sexualidad

Persiste la actitud de no hablar con lenguaje claro y preciso dentro de las familias sobre los temas relacionados con la sexualidad. Una muchacha y un muchacho que no asisten al colegio se refieren a la información que recibieron de su mamá

y de su papá, de esta forma: “ *Obtengo información con mis padres juntos, desde que estaba chiquita me explican: mami dice: esto no se debe hacer, usted no tiene que hacer esto porque queda embarazada*”. *Mi papá me dice: “Primo vea, esto y esto y yo le digo, cómo es eso? y él me dice esto y esto...si uno tiene una muchacha me dice: ya usted sabe cómo están los volados y se la juega”*.

## 2 c) Desde las prácticas

### Prácticas y costumbres en la construcción de las identidades genéricas

Junto a sus juegos tradicionales de niñas y niños, las y los adolescentes narran una diversidad de prácticas familiares y locales que apoyan y fortalecen el desarrollo de las identidades genéricas: “La monta de toros” es una práctica común en la zona, que permite a los jóvenes desarrollar destrezas y cualidades muy importantes en la construcción de la identidad masculina. Un joven comparte su expectativa de llegar a ser montador de toros, cuenta que cada vez que tiene oportunidad, practica esta actividad.

Por otra parte, la colaboración en las labores domésticas, acordes con sus respectivos géneros, se asume como una necesidad en las familias numerosas y con limitaciones económicas. “*Le ayudaba a mamá a lavar trastos, limpiar el patio, arriar las vacas*”. “*Me mandaban a botar chiqueros, basura, a barrer los patios, a jalar agua...*”. “*Teníamos que aprender a cocinar, a hacer todo por el futuro de uno. Mi papá también nos llevaba al monte para que le ayudáramos a jalar piña*”.

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

A través de las dinámicas familiares, los y las niñas aprenden sobre quiénes toman las decisiones, quiénes manejan el dinero, quiénes dan permisos 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. “*Mis hermanas no fueron al colegio porque mi papá dice que el colegio es peligroso para las mujeres*”. “*Mi hermano no hace oficio, me toca a mí, él entraba con los zapatos sucios, yo me enojaba y mami no le decía nada*”. “*Que el papá lleve el mando lo veo normal porque es el señor de la casa, no es dejar atrás a la mamá, pero tiene más derechos el papá*”.

Las madres son percibidas como intercesoras: “*Le digo a mami para conquistar a papi*”. En los casos de hogares con jefatura femenina, la madre ejerce la disciplina y maneja el dinero. También se dan respuestas sobre este tema, a partir de la deseabilidad social: “*...nos reunimos todos en familia para tomar decisiones*”.

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

## Prácticas y costumbres de entretenimiento y diversión

Sobre prácticas y actividades que acostumbra hacer para divertirse, una muchacha relata: *“Los domingos vengo a la iglesia, aveces voy donde mi suegra o donde familiares”*. Los muchachos dicen: *“Jugamos fútbol, la mayoría lo hace porque no hay otra clase de juegos”*. *“Va a los bailes de los turnos y fiestas”*. *“En mi comunidad, muchachos de la edad de nosotros, [15 a 19 años] se van para la cantina”*. *“Uno se aburre un sábado o un domingo de estar en la casa y ve una cantina y me voy a tomar una cerveza para no aburrirme, donde se toma una se toman dos y va”*.

Las prácticas y costumbres de entretenimiento y diversión están caracterizadas por elementos genéricos y de carácter socioeconómico. La diversión de las jóvenes gira en torno a actividades familiares, 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 alejamiento de la casa, la casa es aburrida para ellos, su ámbito es público. El mito que cataloga “la calle” como espacio peligroso para las muchachas, adquiere consistencia en la adolescencia. Los jóvenes tienen permisibilidad social para visitar las cantinas y llegar tarde a la casa, además, manejan más dinero que las muchachas de su misma edad. La cantina constituye un espacio de separación de los géneros.

## Prácticas y costumbres en el noviazgo y las relaciones de pareja

Se mencionan varias prácticas sobre las relaciones de pareja y el noviazgo: los grupos escolarizados dicen que los noviazgos se inician en la escuela o el colegio: *“En la esquina del aula, en la soda, en el recreo, sin dar pinta a los profesores, en la casa de una amiga, por teléfono”*. Las muchachas que no asisten al colegio, dicen que se ven en las calles, a escondidas, en casa de una amiga, en los bailes: *“Si la mamá dice que no, la muchacha se mete detrás de un salón o en un servicio, dice que va para tal parte pero es mentira, es para encontrarse con el novio o amigo”*.

Una chica de este grupo expresó, desde el deber ser: *“Papá dice que si me gusta un muchacho que les diga directamente a ellos, si me dan el visto bueno o no.”* Sin embargo desde su realidad dice: *“Si me gusta el muchacho y ellos dicen que no,... no podrían hacer nada porque yo soy la que siento el amor, no ellos”*. Es clara la ambivalencia, conocen las normas pero aún así actúan de acuerdo a sus sentimientos. Las muchachas de este grupo consideran incompatible el noviazgo con el estudio.

Un joven del grupo de 15 a 19 años, que no asiste al colegio, comparte su experiencia alrededor del noviazgo con estas palabras: *“Uno está allá en un palo, pasa una muchacha y le pega un ojito [...] uno da la vuelta y le pasa al frente, entonces uno le levanta una ceja, pa’ que [sic] ella se sienta correspondida [...] empieza a preguntarle como se llama [...] que si le gusta ir al parque o al cine, bueno si uno pudiera. En veces uno si uno puede le lle-*

va un ramito de flores. Si ella dice que si yo puedo ir a la casa, me paro por una pulperilla, [sic] le compro un par de confitillos y se los llevo”. Estas costumbres, de contenido romántico, no están libres de prácticas sexistas: el varón tiene la iniciativa y espera que la muchacha se deje seducir.

En el grupo de madres con pareja, dos muchachos manifiestan que “se llevarón” a la muchacha. *“Ella se escapó y yo me la llevé, como estaba avispada quería irse conmigo”*. *“Noviamos por ocho días y ya nos juntamos, o sea, que fueron tres veces lo que fue a casa y ya nos juntamos”*. *“Apenas noviamos como dos días, pero al tercer día... nos veíamos donde la tía y ahí él me robó”*. En los casos citados los varones son adultos. Con este tipo de práctica se evidencia que la socialización les impide la posibilidad de tener relaciones de noviazgo que posibiliten una relación de pareja.

#### 1 d) 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. Una muchacha identifica ambas identidades y define los estereotipos: *“Ser mujer es algo muy especial porque tiene muchos privilegios que no tiene el hombre, como ser madre, pero el hombre es trabajador y la cabeza de la familia...”*.

Las características catalogadas como masculinas son muy valoradas socialmente: la fuerza, el poder, la propiedad, el ámbito público. 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 refuerzan en la adolescencia.

Se identifican los siguientes mitos sobre la masculinidad:

*“Los hombres son cabeza del hogar”*. *“El trabajo del hombre es el que vale, los hombres verdaderos hacen trabajos”*. *“Pueden hacer lo que quieran”*. *“Ser hombre es andar con amigos y no andar con delicadezas, se hacen mariquitas o delicados si andan con mujeres”*. *“Ser hombre es ser responsable”*. (Se refuerza el mito que “ser hombre” es separarse del “ser mujer”).

Se identifican los siguientes mitos sobre la feminidad:

*“Las mujeres tienen que cuidarse por ser mujeres, se deben vestir de forma que no provoquen a los hombres, principalmente fuera de la casa”*. *“No usan malas palabras”*. *“Tienen que estar en la casa haciéndole todo al hombre”*. *“El colegio es peligroso para las mujeres”*. *“Son frágiles como rosas”*. *“Todos tenemos los mismos derechos pero la mujer tiene que ser femenina”*.

En este sentido, se expresan mensajes cargados con un doble parámetro para medir las mismas conductas en ambos sexos:

*“El hombre puede hacer lo que le da la gana y la mujer no, un hombre que toma es normal, pero una mujer que tome es una mujer de la calle, si una mujer tiene muchos novios es una mujer de la calle pero si un hombre tiene muchas mujeres es muy hombre”.*

La desmotivación y la impotencia que manifiestan las muchachas del grupo de madres sin pareja, contrasta con las ilusiones de las muchachas del grupo de madres con pareja, a pesar de la experiencia común de la maternidad. Esta diferencia, se debe a la ausencia de un compañero proveedor y protector. Genéricamente el abandono es justificado porque “la mujer no sirve”, obviando toda responsabilidad del varón: *“Mami me tenía la ropa lista para que me fuera, que si vivía juntada con un hombre, bien, pero que hiciera lo que él dijera para que nunca me dejara. Mami si se puso un poquitillo brava, dijo que iba echarme el Patronato porque yo tenía 14 años”.*

La madre transmite un patrón de sumisión a la hija, tal vez el único que esa madre conoce en sus relaciones de pareja. En este ejemplo se ilustra también, el patrón de inicio de relaciones sexuales en la adolescencia temprana con muchachos mayores de edad.

Existe una tendencia a culpar a las madres de inculcar patrones sexistas, como

sucede en el caso descrito. La sociedad, tal como está organizada, delegó en las madres, o en las figuras maternas, la función de preservar las formas de crianza y de transmitir el deber ser femenino y el deber ser masculino. Las madres son las personas más cercanas a las hijas e hijos. No conocen patrones alternativos, fueron socializadas de esa manera y las sanciones sociales para “las malas madres” que no cumplen con esta función, son muy fuertes. Una madre sin pareja dice: *“Estoy de acuerdo con lo que me enseñaron y tengo la fe de enseñarle a mi hija el día de mañana para que nadie la ofenda porque no puede hacer oficio”.*

## 2. Acerca de la sexualidad

*“... sexo oral es cuando la mujer le dice cosas al hombre para excitarlo, he oído de gente que paga para que las mujeres lo exciten por teléfono y así tienen sexo oral”*

*Muchacha adolescente  
de Guatuso.*

*“... sexo es la relación que tiene una pareja, que es para tener hijos o satisfacer la necesidad de la pareja. Nosotros lo agarramos de vacilón pero se debe hacer sobre todo en pareja”*

*Muchacho adolescente  
de Guatuso*

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 en la adolescencia y la sexualidad, se indaga sobre la vivencia alrededor de esos cambios y la concepción construida sobre las relaciones sexuales: cómo, en qué momento y en qué condiciones se llevan a cabo.

## 2a) Desde los conocimientos

Es evidente que los conocimientos sobre los conceptos relacionados con la sexualidad de los muchachos y muchachas son básicos y limitados, impregnados de mitos, prejuicios de género, tabúes religiosos y patrones culturales: *“Cuando los muchachos tienen relaciones sexuales se tiran a la perdición”*.

Los conocimientos se expresan principalmente desde el punto de vista biológico donde la sexualidad se limita a la genitalidad: *“Relaciones sexuales: es tener relaciones externas con los órganos de la reproducción, donde las células del hombre, espermatozoides, entran en el glóbulo [sic] de la mujer y ahí engendra un hijo”*.

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: *“Sexualidad: las relaciones entre hombres y mujeres”* *“Sexo masculino es ser hombre, sexo femenino es ser mujer”*. *“Sexo es cuando el hombre le dice la mujer que tengan relaciones sexuales”*.

La sexualidad se hace más evidente para los y las adolescentes a partir de los cambios corporales que experimentan en-

tre 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: *“En la mujer salen vellos en algunas partes del cuerpo, tienen algunas curvas. En los cambios físicos del hombre está la voz, que uno tiene barba, músculos, vellos en ciertas partes del cuerpo”*.

También refieren otros tipos de cambios: *“Cambian los intereses que son el espíritu y el alma, que cambian en la edad que estamos”*. *“Empieza a recibir más responsabilidad con las cosas que hace”*.

Hay una tendencia a identificar las relaciones sexuales con las relaciones coitales, con la maternidad y sus consecuencias y con el abuso sexual infantil y la violencia sexual: *“Los muchachos se tiran a la perdición, agarran a las niñas y niños y las violan”*. *“Una amiga llegó donde los primos, y el primo le dio un remedio para que se durmiera. El primo la agarró y le empezó a decir cosas, seguro que la excitó mucho y la fracasó, totalmente la fracasó. He visto que las adolescentes fracasados siguen con esa mentalidad de novios y sexo”*.

Las respuestas de las y los adolescentes evidencian el conocimiento sobre la existencia de prácticas sexuales diversas, pero sus referencias están impregnadas de mitos y distorsiones: *“Tengo una amiga que dicen que es tortillera, mi mamá dice que deje de andar con ella, porque ahorita me hago tortillera”*. *“Podría ser sexo en equipo: una prostituta con varios hombres o viceversa”*. Mencionan también la zoofilia.

Las muchachas y los muchachos integrantes de todos los grupos focales, pero con mayor énfasis en los dos grupos de madres, expresan, desde un deber ser, la necesidad de la madurez para tener relaciones sexuales. Sin embargo la idea de madurez es ambigua, la identifican con determinadas edades y comprensión de lo que es bueno y lo que es malo: *“Cuando uno tenga una edad madura, cuando comprenda lo bueno y lo malo, porque a veces uno mete las patas con un hombre que no se hace responsable”*. *“Cuando se casan o se juntan, de 20 a 23 años”*. *De los 20 en adelante, cuando el cuerpo esté preparado”*. *“Primero tiene que madurar uno, dejar de meter las patas, ser mayor de 25 años “*.

En contradicción, la mayoría considera que el momento en que se inician las relaciones sexuales es durante la adolescencia media y tardía y en algunos casos la temprana: *“Pienso que de pequeño, a los doce años empieza a echar algo y después puede cuidarse uno”*. *“A los 15 años ya se pueden tener relaciones”*. *“Cuando esté preparada, cuando sea mayor y tenga deseo, 17 ó 18 años”*.

La siguiente frase de una madre adolescente con pareja, refleja la contradicción que existe entre el deber ser y la práctica: *“Uno tuvo relaciones así desde jovencita, pero me imagino que lo conveniente es tener como 18 años en adelante, para estar más maduro. Ya que uno lo cometió, hay que aguantárselo”*.

## 2 b) Desde las actitudes

El tema de la sexualidad es tabú. Las y los adolescentes presentan dificultad para hablar de sexualidad. Tal actitud dificulta

saber cuál es la noción y vivencias en la esfera de la sexualidad.

Esta dificultad se acentúa al convertirse en protagonistas de cambios físicos y psicológicos que las y los evidencian como seres sexuados. Estas actitudes se presentan con mayor dificultad en la etapa de la adolescencia temprana.

Las conductas mostradas en el transcurso de las sesiones son reflejo de las actitudes comunes ante los temas relacionados con la sexualidad: risas, burlas, comentarios en voz baja.

Ante las características femeninas que adquieren los cuerpos de las muchachas, ellas muestran sentimientos ambivalentes: miedo, tristeza, extrañeza: *“A veces se siente alegre, a veces se siente feo”*. *“Extraños, nos sentimos extrañas”*. La actitud manifestada en la cita anterior, de rechazo a las características femeninas se presume que es producto de la misoginia.

El cambio más traumático es la primera menstruación. Se relaciona con una experiencia no grata ligada al desconocimiento y al dolor: *“Cuando me vino la menstruación, me asusté porque no sabía qué era, nadie me había explicado, pensé que me había cortado, [...] fui al servicio y vi el calzón, [...] lloraba y no le dije nada a mamá. Cuando le dije me dijo que era normal”*. *“Muchas muchachas cuando están desarrollando les duelen los senos, las caderas y cuando les viene la menstruación les duelen los ovarios”*. Una actitud negativa para hablar de sexualidad está relacionada con experiencias dolorosas de violencia y abuso o la posibilidad de sufrirlas. Perciben que con las caracte-

rísticas de cuerpos adultos, están expuestas a situaciones de abuso. Dentro de esta dinámica se presume una actitud de impotencia ante el abuso o ante la posibilidad de ser abusadores.

### 2 c) Desde las prácticas

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

De las respuestas y comentarios, en muchos casos referidos a terceras personas, las y los participantes comentan que acostumbran tener relaciones sexuales a escondidas, en lugares oscuros, en un charral, en los montes, en baños del colegio, en el río, en un bar, en casa de los amigos y amigas, o en la propia casa cuando no está el resto de la familia, en un motel, en los paseos y en los bailes. Estas prácticas constituyen situaciones de riesgo para la integridad física, para el contagio de enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, o para un embarazo.

Otras prácticas sexuales citadas en este apartado son tocamientos, caricias, besos, “apretes” y masturbación: *“Se quitan la ropa, se besan, dan vueltas en la cama, pegan las partes íntimas, ahí es donde se reproducen y hacen el amor”*.

### 2 d) 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 motivaciones para justificar las relaciones sexuales en las adolescentes giran en torno al amor: *“Cuando tiene un gran amor, porque sin amor no funciona”*. Para los varones, el énfasis es el placer de *“...satisfacer una necesidad biológica”*. *“Si uno tiene una necesidad y la muchacha le da el placer de satisfacer esa necesidad”*. Lo importante de rescatar en estas expresiones, el mensaje que motiva a hombres y mujeres a comportarse de determinada forma ante la sexualidad. No importa que aún no sea una práctica, aún sin serlo, las y los adolescentes han interiorizado patrones genéricos socialmente establecidos, con los cuales buscarán identificarse.

Los muchachos y las muchachas relacionan los cambios físicos de los hombres con la atracción hacia las mujeres: *“Sienten atracción por la mujer, por el sexo femenino”*, pero las mujeres de estos grupos no expresan ideas respecto a sus nuevos sentimientos por el sexo masculino.

Estos cambios en las mujeres representan aumento en los controles, cuidados y prohibiciones: *“Como mujer uno tiene que cuidarse más”* que se dan con el fin de evitar potenciales embarazos y para proteger la virginidad en espera del matrimonio o la unión libre.

Para las adolescentes las relaciones sexuales prematrimoniales significan desprestigio, desvalorización. Por el contrario, para los jóvenes las relaciones sexuales no significan desvalorización alguna, sino una oportunidad de satisfacción sin mandatos sociales que los limiten. *“...puede tener relaciones sexuales, como ya uno*

*se manda solo, como que las decisiones las toma uno*". *"Si una mujer lo hace antes del matrimonio se desprestigia"*. Las muchachas que tienen relaciones sexuales en el marco "ilegal" se desvalorizan a sí mismas, este hecho agudiza su situación de riesgo.

Se manejan mitos de género respecto a la personalidad de las mujeres y a la de los hombres: *"El problema es que la mujer es más sensible que el hombre y tiende a enamorarse"*.

Las jóvenes consideran que el interés que muestran hacia las relaciones sexuales se manifiesta más tardíamente en ellas que en los muchachos *"...las relaciones sexuales se inician de los 14 años para arriba, en los hombres se ve más adelantado"*.

Con respecto al embarazo, éste se entiende como una consecuencia de las relaciones sexuales, pero adquiere un carácter negativo si es acompañado por el abandono del padre. La socialización ha hecho de la maternidad el fin primordial de las mujeres, 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 maternidad en las mujeres como un privilegio o como un error: *"Las relaciones sexuales tienen que ser dentro del matrimonio porque si uno queda embarazada"*.

### 3. Acerca de la salud sexual y reproductiva

*"La T es una inyección que se ponen"*.

*Muchacha adolescente de Guatuso.*

*"Me han dicho que uno se toma unos tragos y no deja embarazo a la mujer"*.

*Muchacho adolescente de Guatuso.*

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

#### 3 a) Desde los conocimientos

Sobre este tema los conocimientos son muy limitados. Mencionan el nombre de cuatro enfermedades: la gonorrea, la sífilis, el piojillo blanco y el SIDA. Muestran conocimientos distorsionados respecto a las enfermedades de transmisión sexual: *"Yo sé que el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual y si no me equivoco, la próstata también"*. *"El SIDA, el cáncer de mama que se transiten cuando hacen relaciones sexuales con cual-*

quier persona". *"El SIDA y un virus que no sé cómo se llama, cuando hacen el amor con un primo o un tío y los bebés salen mal formados"*. Ninguno se refiere a la diferencia entre el VIH y el SIDA. El desconocimiento de las enfermedades sexuales va acompañado de la confusión en las formas de transmisión de las mismas: *"Se transmite por relaciones sexuales, por la saliva, si se besan, por sentarse en un baño, por inyecciones"*. Este desconocimiento y esta confusión se constituyen en situaciones de riesgo.

En algunos casos, se manifiestan conocimientos acertados respecto al SIDA como por ejemplo: *"Se transmite por medio de personas que tienen SIDA, el hijo puede salir enfermo"*. *"El SIDA es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y se transmite por medio de la sangre"*. Esta información es muy básica y aislada.

El grupo de madres con pareja tiene mayor conocimiento, ellas recibieron capacitación por parte de una técnica del la Clínica del Seguro Social: *"El mes pasado vinimos a una charla con la trabajadora social, de las enfermedades que se transmiten sexualmente, no sólo por sexo sino por agujas y esas cosas. El SIDA, son varias, pero ya no me acuerdo, la más peligrosa es el SIDA"*.

Sobre las formas de protección de enfermedades de transmisión sexual, mencionan generalmente el condón pero desconfían de su eficacia como método de prevención: *"Pienso que el condón no es totalmente seguro, porque puede estar roto y uno no se da cuenta"*. *"Del SIDA no se puede proteger con nada, porque el preservativo no es recomendable porque es*

*solo para el embarazo, por eso no es recomendable, para no salir embarazada, el SIDA siempre pasa"*.

Existe confusión respecto a los métodos de protección y los métodos anticonceptivos. Hablan de métodos anticonceptivos como formas de prevenir enfermedades de transmisión sexual, citan con este fin la T de cobre y las pastillas anticonceptivas.

La abstinencia es mencionada como método de prevención: *"No teniendo relaciones sexuales, si uno puede"*. También mencionan como método de prevención la práctica del examen médico para detectar el SIDA: *"Haciéndose exámenes para verificar si tienen SIDA"*. Pero esta práctica, por factores socioculturales es poco factible. Esta información los y las pone en una situación de riesgo permanente.

Las posibilidades de contraer esta enfermedad las identifican con las relaciones sexuales con desconocidos, "personas de la calle", homosexuales, lesbianas. Presumen que identificando estos grupos de riesgo y eligiendo la pareja fuera de los mismos evitan el contagio: *"Elegir bien a la pareja"*. *"No teniendo relaciones con prostitutas"*. *"No haciendo relaciones sexuales con muchas personas, como las ramera"*. *"El SIDA se transmite por relaciones sexuales y se da mucho entre homosexuales y lesbianas"*. *"No teniendo relaciones sexuales fuera del matrimonio se evita el SIDA"*.

Los y las participantes no construyen una definición de salud reproductiva. Ambiguamente relacionan esta categoría con cuidados durante el embarazo. Una

situación similar se presenta con el concepto de planificación familiar, sobre el cual existen nociones muy básicas.

Sobre el conocimiento de prácticas y métodos anticonceptivos, uso, efectos sobre la salud, funcionamiento y efectividad, las muchachas y muchachos conocen muy poco; mencionan la T de cobre, las jaleas, el ritmo, el condón y las inyecciones: *“El condón me han contado que viene en un paquete y se pone donde se lo tiene que poner”*. *“La T se pone en el cuello o algo así”*. Al decir esto, el joven se tocó la garganta.

Solamente una joven habló de la vasectomía y la salpingectomía como formas de planificación familiar: *“Él se opera para andar con toda mujer y no dejar ninguna embarazada”*. *“La mujer, operándose”*.

De la misma manera, el conocimiento sobre el condón femenino no es generalizado, solamente es citado por una adolescente pero no hace referencia sobre su forma ni su uso: *“Algunas mujeres [...] también usan el condón así como el hombre”*. *“También los condones que usan los hombres y las mujeres”*.

La abstinencia es mencionada como forma de planificación: *“Un método es no tener relaciones sexuales, a menos que quiera tener un hijo”*. El aborto es nombrado también como método preventivo [sic]: *“Hay personas que usan el aborto pero eso no se debe usar para prevenir el embarazo”*. *“Va donde doctores, le dan una pastilla y el bebé sale y muere”*.

El desconocimiento sobre métodos anticonceptivos es más evidente cuando se

pregunta sobre las formas de utilizarlos: *“La T es una inyección que se ponen las mujeres”*. *“Yo conozco uno pequeñito, como un televisor que se pone en esta parte de la mano, para hacer cuantas veces quiere las relaciones sexuales”*.

Las y los adolescentes consideran que los métodos anticonceptivos son dañinos para la salud: *“Los métodos anticonceptivos no son seguros para la salud, no sé qué parte del organismo dañan”*. Acompañada a esta idea, existen dudas de su eficacia: *“Las pastillas no son seguras porque pueden estar vencidas”*. *“Los métodos anticonceptivos no son nada seguros porque tal vez no funcionan cuando está haciendo el acto sexual”*. Por otra parte, se hace referencia a la consulta médica para el uso de métodos anticonceptivos: *“Hay que consultar al médico antes de usar las pastillas de planificación y el condón”*.

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

*“Me dijeron que cuando está la luna tierna lo hacen, pero cuando pasan los ocho días no lo pueden hacer porque quedan embarazadas”*. *“Naturales hay muchos métodos, a nosotros nos han dicho que con un palo de indio es muy bueno para eso, uno lo agarra y toma con leche y se pone bien colorado”*. *“Uno natural: antes de tener relación sexual, se bebe un vaso de agua y después de la relación va la baño orina y no queda embarazada”*. *“Hay que ponerse una moneda de a cinco debajo de la lengua, dicen que es muy seguro”*.

La información que obtienen sobre métodos anticonceptivos proviene de diferentes fuentes. Desde la deseabilidad social, el ideal fijado es la información que proviene de la madre, el padre o de personas adultas, preferiblemente de su núcleo familiar: “A mamá y a papá”. “A mis padres, hermanos y personas mayores”. De esta manera se sostiene el mito de 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 farmacéutico”. “Con la doctora, pero más que todo con la trabajadora social, porque a mi mamá no le gusta, le da vergüenza hablarme de eso y se dio cuenta de que ella daba charlas y habló con ella y yo estuve viniendo”. Hacen referencia a otras fuentes de información: “Con amigas y amigos porque le temen a los padres e igual los varones, dejan embarazadas a las muchachas y le dicen a los amigos pero no le dicen al papá”. “Yo me entero por medio de la televisión”.

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 en su vida como personas adultas. Se debe considerar la actitud negativa hacia los métodos anticonceptivos y las prácticas sexuales sin protección, como un problema de salud pública.

### 3 b) Desde las actitudes

Las y los participantes se mostraron reservados al hablar de estos temas, sobre

todo porque en este momento de sus vidas son protagonistas de cambios físicos y psicológicos que las y los evidencian como seres sexuados.

En los diferentes grupos se hicieron evidentes diversas actitudes:

Actitud charlatana en los grupos de adolescencia temprana: “Entre los métodos de planificar están las pastillas de chiquitolina”. Actitud positiva en los grupos de adolescentes de 15 a 19 años. Actitud negativa y de rechazo en el grupo de madres sin pareja.

Sobre el tema del aborto, todos los grupos manifiestan una actitud negativa y condenatoria, lo cual va de acuerdo con el discurso religioso: “El aborto es malo ante Dios”.

### 3 c) Desde las prácticas

Ante la pregunta: ¿Los jóvenes se protegen en la comunidad? se dan respuestas ambiguas y contradictorias: “Tal vez algunos sí, tal vez algunos no”. “Si se protegen”. “No, no se protegen”. La práctica que más mencionan es el uso del condón masculino: “Algunos sí, con el condón que es el método más seguro”.

Las y los participantes también comentan sobre prácticas de invención propia:

“Con un hilo que uno prepara con limón y vinagre porque eso quema mucho. Después compra un hilo blanco y hace una pelotita y después se lo mete y le hace un nudo para que no se zafe, se lo mete en

*la vagina, entonces eso no deja que pase y corta el semen. A mí me vino a la mente ese método, lo hicimos y así salió, lo inventamos nosotros, un señor nos habló de eso y el limón y el vinagre limpian por dentro ”.*

En este sentido, una joven enfatiza la falta de apoyo institucional en la prevención. *“Ni los encargados de salud, ni los maestros, nadie vigila y no se aseguran si lo hacen o no”.*

### 3 d) Desde el género

Existen concepciones genéricas que legitiman conductas y actitudes diferenciadas para los hombres y las mujeres, incluidas en ellas la prevención de enfermedades de transmisión sexual: *“No creo que los hombres se protejan de las enfermedades, porque los varones creen que pueden hacer y deshacer, entonces andan con una y con otras. Unas se protegen y otras no, porque las que están en la casa están protegidas y las que andan en la calle no, no están por protegerse, están por ganarse la vida”.* Está presente el mito que las mujeres casadas constituyen un grupo con poco riesgo: *“Las enfermedades se previenen con no andar haciendo cosas que no se vean, ser fiel con el esposo, así no corre ningún riesgo”.*

Se evidencia de una forma general que las mujeres contagian a los hombres: *“El SIDA se transmite porque una mujer hace relaciones con uno, con otro y otro, es una irresponsabilidad, no se respeta y vende su cuerpo”.* No se hace referencia, de los hombres que contagian a las muje-

res, las menciones que se hacen de ellos y el SIDA son referidas a los grupos homosexuales.

Cuando mencionan la protección, tienden los jóvenes a hablar más del preservativo, por el contrario, las muchachas señalan como método preventivo el 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.

Una posición alternativa se refleja en las respuestas de dos muchachas que hablan de la protección que las mujeres pueden darse a sí mismas ante el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual: *“ Me enseñaron que como joven uno tienen que andar preservativos en el bolso, porque muchas veces a los jóvenes los excitamos con cualquier cosa y cualquier cosa que nos digan podemos ir a algún lado y mantener relaciones con una persona que ni conocemos y nosotras tenemos que andar el preservativo”.* *“No solo el hombre se cuida, también lo puede hacer la mujer. Si él no quiere usarlo tiene que pedir opinión a la mujer”.* Si bien estas afirmaciones representan una ruptura del discurso tradicional, no parten de un conocimiento sobre la realidad de las mujeres respecto a la vivencia de su sexualidad, la apropiación de sus cuerpos y la capacidad de negociación.

#### 4. Acerca de la Maternidad

*“...hubiera seguido estudiando, si no tuviera ahora los hijos, ya estaría en otro grado, tal vez en el colegio...”*

*Madre Adolescente de Guatuso.*

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

##### 4 a) Desde los conocimientos

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

La mayoría de las madres sin pareja manifiestan no haber tenido información previa sobre el embarazo: *“No sabía qué era ni embarazo ni parto, nunca recibí orientación”*. Sin embargo, conocen la importancia de la información y control: *“Uno va a control para saber cómo va el embarazo, ver si no hay complicaciones, para que le den hierro y nazca bien el niño, fortalecido o alentado, para la anemia, para no tener mucho padecimiento, para saber si el embarazo es de alto riesgo o no. Eso ayuda mucho”*.

##### 4 b) Desde las actitudes

Ante la noticia del embarazo las respuestas de las muchachas con pareja son diferentes a las de las madres sin pareja.

Las primeras, muestran actitudes ambivalentes: *“Me sentía triste y contenta a la vez, contenta porque iba a tener un hijo...”* Esta ambivalencia se relaciona con el mandato social de “ser mujer es ser madre” (Valladares citada por Calderón y Muñoz, 1998) y la precipitación de una maternidad no planificada.

Las madres sin pareja muestran una actitud de rechazo a la maternidad en el momento que confirman su embarazo: *“Me sentí mal de ser madre adolescente”*. *“Incluso tuve la tonta idea de abortar, pero cuando sentía que se movía en el vientre en las noches meditaba ¿Por qué iba a hacer algo así, si yo me lo había buscado?”*.

En estas muchachas, la culpabilidad y la censura social se profundizan con el abandono de los progenitores: *“Él dijo que ese niño no podía ser de él, porque yo había vivido con otro”*. *“Le dije que me ayudara, que estaba embarazada de él, que se hiciera responsable, que se juntara conmigo, que si se quería casar, yo me casaba con él, me dijo que no porque no estaba embarazada de él”*.

Ante estas situaciones, las actitudes predominantes son de tristeza, desolación y desamparo: *“Me sentaba triste a la orilla del río pensando en que cuando naciera, lo que iba a nacer, ya no podía salir...”* Estas actitudes, en muchos casos, se ven reforzadas por la familia: *“Mi papá no me quería en la casa”*. *“Mi papá se enojó y dijo que por qué hice eso, me echó de la casa pero no me fui porque mi mamá no me dejó”*.

Las madres adolescentes dicen que si bien los embarazos no han sido planifi-

cados, una vez que nacen las hijas e hijos son queridos: “*Después no me sentía triste, asumí el papel de madre y ahora estoy feliz de tenerla y no me arrepiento de nada*”.

Las madres sin pareja manifiestan una actitud negativa ante la presencia e intervención del Patronato Nacional de la Infancia, a quien identifican con el riesgo de perder a sus hijos o hijas: “*Me daba miedo de que me echaran el Patronato, como soy menor de edad...*”. El temor de las adolescentes ante las potestades que le atribuyen a esta institución sirve como medio coercitivo: “*... Yo no quería ir a la Clínica a consultar, me visitó la trabajadora social a la casa, me dijo que me iba a llevar donde el doctor, y sino, no sé qué del Patronato*”. Esta dinámica, se generaliza a las instituciones gubernamentales y al establecimiento de salud lo asocian con una institución persecutoria. Esto podría ser un motivo para no acudir a los servicios.

#### 4 c) Desde las prácticas

Las preguntas sobre las prácticas se centraron en el control prenatal que se inició más temprano en las madres emparejadas: “*Me controlé porque es bueno saber si el bebé crece normal, en el hospital le piden el control a uno*”. Y más tardíamente en las madres sin pareja, esto debido al ocultamiento del embarazo por temor a las represalias familiares: “*Nunca les dije nada, ni control ni nada, tenía miedo a que me regañaran*”. Aunque consideren importante el control prenatal, en la práctica no lo cumplen, acuden al establecimiento de salud en el momento del parto. Esto constituye un riesgo para la salud de la madre y del hijo o hija.

Los compañeros de las madres con pareja no se involucraron en el proceso del embarazo pero consideran importante el control durante el mismo: “*Nunca la acompañé, pero es importante saber cómo crece el hijo*”.

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

Las madres sin pareja que trabajaban fuera del hogar continuaron haciéndolo hasta el momento del parto: “*Dejé de trabajar tres días antes de mejorarme*”. Esta situación es producto de las limitaciones del sistema de seguridad social y del desconocimiento de sus derechos y así como del abuso del sector patronal.

#### 4 d) Desde el género

La procreación y crianza de las nuevas generaciones está asumida como una responsabilidad de las mujeres, ya que la maternidad aparece como función primordial y natural en ellas. Desde este punto de vista, la venida de los hijos e hijas es algo que tarde o temprano debe suceder en la vida de las mujeres. No obstante para las adolescentes esta situación representa una limitación para el desarrollo personal.

En el caso de madres sin pareja, les impone la obligación de la manutención parcial (cuando existe la ayuda de la familia), o total: “*Mi vida cambió mucho porque hubiera seguido estudiando, si no tuviera los hijos, ya estaría en otro grado, tal vez en el colegio. No estaría aquí, estaría trabajando*”. “*...es una responsabilidad cuidarse, salir adelante ver cómo se gana la vida*”. Ellas 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.

Con respecto al sexo de su futuro hijo o hija, sobre todo si se trata del primer embarazo, los padres revelan juicios valorativos. Estos juicios se fundamentan en el sistema que atribuye al sexo masculino características más valoradas que las del sexo femenino:

*“Me sentí alegrísimo porque iba a tener el primer hijo, ya viene el ayudante, más que era un varón”. “Me sentía contento porque era la primera vez, esperaba un varón pero vino la mujer, ahí me afligió un poco, cuando nació... ya ahí uno tiene que hacerse frente a lo que sea”.*



# **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 Guatuso 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 adolescentes, están matizados por tabúes, mitos, estereotipos y desinformación. Esta situación afecta la salud sexual y reproductiva al impedir el desarrollo de prácticas más 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 algunas situaciones que se dan en la población adolescente:

- Roles sexuales estereotipados que determinan relaciones desiguales o abusivas. Las adolescentes son especialmente 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 al plano genital.

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

### 1. a) Recomendaciones:

- En la redefinición de estrategias en atención de la salud integral adolescente con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, se debe incidir en los patrones de socialización genérica; promover el desarrollo de una personalidad plena y no solamente el desarrollo de la personalidad que corresponde al deber ser masculino y al deber ser femenino, fomentar relaciones equitativas y una vida sexual sana, segura y responsable. La incidencia en los patrones de socialización, es necesaria en todos los grupos generacionales y en todos los sectores sociales. El factor género debe convertirse en un eje transversal en la redefinición de las estrategias.
- Con respecto a los proyectos de vida, las y los jóvenes deben contar con información y orientación que les ayuden a adoptar decisiones en forma responsable y adaptadas a la realidad. Las decisiones responsables se relacionan también con decisiones en torno a prácticas sexuales y reproductivas sanas. Lo anterior es insuficiente si no se cuenta con las condiciones socioeconómicas necesarias.
- Es importante, realizar actividades de reflexión para la búsqueda de patrones alternativos, en particular, sobre los conocimientos, prácticas y actitudes de los hombres y las mujeres adolescentes en torno a su sexualidad.
- 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 como una necesidad, la ejecución de programas informativos y educativos sobre maternidad y paternidad responsable, 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 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 denuncias de 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 y desconocimiento de la línea telefónica "Cuenta Conmigo" N° 800 - 22- 44- 911, entre la mayoría de la población adolescente. Una gran mayoría expresó el deseo de participar en actividades que promuevan los establecimientos de salud.

## 2. a) Recomendaciones

- Es importante tomar medidas para que la población adolescente tenga el derecho de contar con espacios y personal especializados para su atención, en los tres niveles de la CCSS. A la vez, se debe procurar que las y los adolescentes conozcan la existencia de este servicio y exijan su adecuado funcionamiento.
- Es muy importante desarrollar estrategias para capacitar a la población adolescente sobre los servicios y derechos que les corresponden, de manera que ellos y ellas mismas vigilen su cumplimiento.
- Es necesario agilizar los procedimientos administrativos y los trámites de consulta y crear mecanismos de detección, captación y de atención de la población adolescente, en los tres niveles, principalmente dirigidos a los grupos que acudieron en menor cantidad.
- Es necesario captar a los varones adolescentes hacia los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Esta medida constituye un medio eficaz 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 y con la población adolescente. En este sentido, la función de los Técnicos de Atención Primaria (ATAPS), es fundamental ya que realizan visitas domiciliarias, que podrían aprovecharse para captar esta población.
- Se propone que los espacios de medicina preventiva se utilicen para ofrecer servicios de promoción y prevención sobre salud sexual y salud reproductiva.
- Se requieren acciones en la comunidad de 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, en grupos separados por sexo, de modo que se facilite la libre expresión de sus concepciones. Posteriormente se pueden realizar trabajos mixtos en los grupos donde no se encuentren parejas constituidas.

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

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

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

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



## **BIBLIOGRAFÍA**



## BIBLIOGRAFÍA

- ACHIO, Mayra, Rodríguez, Ana y Vargas, Eulile (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. Mimeografiado. 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 Carne 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-C.C.S.S. 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 (MAGNORAD), UNA, Heredia Costa Rica.

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

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

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

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

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

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

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

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

VEGA, Flor: **Teoría sexo y género y proceso de socialización.** En Antología. Lecturas para la sensibilización y capacitación de deca-

nos 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. (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**





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

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

### Instrucción o escolaridad

6- ¿Sabe leer y escribir?

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

7 - ¿Estudia actualmente ?

1. Si
2. No

8. - Estudios:

- |                          |                          |                      |                          |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Primaria incompleta   | <input type="checkbox"/> | 2. Primaria completa | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tercer ciclo          | <input type="checkbox"/> | 4. Cuarto ciclo      | <input type="checkbox"/> |
| 5. Técnico               | <input type="checkbox"/> | 6. Universitarios    | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otros Explique: _____ |                          |                      |                          |

### Contexto familiar

9 - ¿Usted vive en?

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

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

- |                             |                          |              |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1. Mamá                     | <input type="checkbox"/> | 2. Papa      | <input type="checkbox"/> |
| 3. Madrastra                | <input type="checkbox"/> | 4. Padrastro | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hermanos (as)            | <input type="checkbox"/> | 6. Pareja    | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hijas (os)               | <input type="checkbox"/> |              |                          |
| 8. Otros, Especifique _____ |                          |              |                          |

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

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

**ANEXO 2**  
**BOLETA DE INFORMACIÓN PARA ADOLESCENTES USUARIOS (AS) DE LOS**  
**SERVICIOS DE SALUD.**

---

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**  
**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS**  
**PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE**  
**PROYECTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES**

---

**BOLETA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA ADOLESCENTES**  
**USUARIOS SOBRE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA**

**PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL**

Número de boleta: /\_\_/\_\_/\_\_/

Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_

Fecha: /\_\_/\_\_/\_\_/

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

**INSTRUCCIONES:**

No escriba su nombre.

Marque con una "X" la casilla correspondiente.

Sea lo más sincera o sincero posible.

**I-Ubicación**

**1-Sexo**

1. Femenino

2. Masculino

**2-Edad en años cumplidos**

1. (diez)

2.(once)

3. (doce)

4. (trece)

5. (catorce)

5.(quince)

6. (dieciséis)

7. (diecisiete)

8. (dieciocho)

9.(diecinueve)

10. (no responde)

**3- Tiene seguro social?**

1.Si

2. No



### III Personal del Establecimiento de Salud.

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

1. Si                       2. No  Explique \_\_\_\_\_

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

1. Si                       2. No  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="checkbox"/>	2. Volantes <input type="checkbox"/>
3. Panfleto <input type="checkbox"/>	4. Mensajes por la radio <input type="checkbox"/>
5. Televisión <input type="checkbox"/>	6. Otros <input type="checkbox"/>



### ANEXO 3

## GUÍAS PARA DISCUSIÓN EN 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 han oído hablar de otra?...)

¿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?

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

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

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

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**

- Sr. Gustavo López Fajardo. Guardia Rural de San Rafael, 28 de abril de 1999.
- Prof. María Arredondo Delgado, Bibliotecóloga Colegio Técnico Profesional de Guatuso, 26 de abril de 1999.
- Sra. Sonia María Martínez Urbina. Iglesia de Dios Evangelio Completo, San Rafael.
- Sra. Samaria Cruz Quintanilla, Clubes 4S San Rafael, 30 de abril de 1999.
- Pbro. Juan Bautista Alfaro, Parroquia de Guatuso.
- Sra. Señora Roxana López Jiménez, Iglesia Metodista, 10 de mayo de 1999.
- Prof. Mynor C. Leitón Ramírez, Escuela San Rafael, 10 mayo de 1999.
- Sr. Javier Cruz, Iglesia Bíblica de Katira, 4 de mayo de 1999.
- Sr. Emiliano Moya. Río Celeste, 14 de mayo 1999.
- Prof. Ana Lía Madrigal Trejos, Colegio Katira, 17 de mayo de 1999.

**ANEXO 6.**  
**COLABORADORAS Y COLABORADORES DE LAS**  
**ACTIVIDADES DEL DIAGNÓSTICO**

**Área de Salud de Guatuso**

Dr. Gustavo Zeledón D.  
Lic. Pablo Valverde Hernández.  
Dr. Diego Juan Sánchez B.  
Lic. David Barrantes Elizondo.  
Licda. Zulema Pérez Cardona.  
Licda. Mayela Lobo Chavarría.  
Aux. Enf. Floribeth Cruz.  
Licda. Carmen Agüero. Orientadora.  
Bach. Isabel González. Orientadora.  
Sra. Zulema Pérez Cardona.

**Hospital San Carlos**

Dra. Marlen Hidalgo.  
Lic. Milton Arce Barrantes.  
Licda. Marylin Bianchini Matamoros.  
Licda. Ana Cristina Campos Conejo.  
Licda. Mayra Rojas.

**Dirección Regional**

Licda. Nuria Rodríguez.

