



Fondo de Población
de las Naciones Unidas
Nicaragua



Prácticas, signos y significados sobre Derechos, Género y Sexualidad de adolescentes y jóvenes de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes

Estudio cualitativo



RAAN y RAAS, Diciembre de 2014

Créditos

© Diciembre 2013, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
Todos los derechos reservados.

Coordinación:

Chantal Pallais

Lucía Medina

Juan Francisco Perera Lumbí

José Luis Saballos Velásquez

Asesoras internacionales:

María Dolores Castro

Silvia Salinas Mulder

Coordinación general:

Flora Fonseca Guerra

Investigadores:

Elisa Soraya Martin Watson

Fidel Wilson Centeno

Flora Fonseca Guerra

Kesley Kaylan Kelly Kandler

Magui Lizandra Guido Salazar

María Luisa Martínez Madriz

Melvin Gerson James Brooks

Narda Gricelda Wilson Blandford

Orlando Salomón Justo

Selvano Ervin Hodgson Secundino

Aportes técnicos: Edgard Narváez y David Orozco

Editor General: Fredy Leonel Valiente Contreras

Fotografías: Equipo investigador

Diseño y Diagramación: Eysner García Hernández

Siglas y abreviaturas

ACRIC	Asociación Centro Regional de Información y Consejería en VIH/SIDA.
AMC	Acción Medica Cristiana.
CEDEHCA	Centro de Derechos Humanos, Ciudadanos y Autonómicos.
CEJUDHCAN	Centro por la Justicia y los Derechos Humanos de la Costa Atlántica de Nicaragua.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CENIDH	Centro Nicaragüense de Derechos Humanos.
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud.
FADCANIC	Fundación para el Desarrollo de la Costa Caribe Nicaragüense.
GTI	Gobierno Territorial Indígena.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
MINED	Ministerio de Educación.
MINSA	Ministerio de Salud.
OEA	Organización de Estados Americanos.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización no Gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PN	Policía Nacional.
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PVJ	Programa Voz Joven.
RAAN	Región Autónoma Atlántico Norte.
RAAS	Región Autónoma Atlántico Sur.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud.
SSR	Salud Sexual y Reproductiva.
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
UNFPA	United Nations Population Fund.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
URACCAN	Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Índice

Agradecimiento	6
Resumen ejecutivo	7
1. Abordaje metodológico.....	8
2. Principales hallazgos y conclusiones.....	9
3. Principales recomendaciones del estudio.....	9
4. Recomendaciones específicas para las comunidades.....	10
I. Introducción	11
II. Descripción de las comunidades del estudio	13
1. Bilwaskarma	13
2. Wasakín	14
3. Rama Cay	16
4. Orinoco	17
5. Punta Fría	19
III. Antecedentes y justificación	22
IV. Marco teórico y enfoques transversales	25
1. Ejes transversales de análisis	25
2. Marco conceptual operativo	26
V. Abordaje metodológico	30
1. Sujetos participantes	30
2. Categorías y subcategorías de análisis	32
3. Procedimiento y abordaje	33
4. Tratamiento ético	34
5. Lugares de investigación.....	34
6. Manejo de datos	35
7. Procesamiento de la información	35
8. Triangulación de la información.....	36
9. Informe final	36
10. Experiencias y aprendizajes desde el trabajo de campo	36
11. Alcances y limitaciones	37
VI. Principales hallazgos de la investigación	38
1. Valoraciones y representaciones sobre la SSR (ITS, VIH/ SIDA, embarazo en adolescentes y violencia sexual).....	38
2. Factores que inciden en la vulnerabilidad e influyen la toma de decisiones respecto a la SSR (ITS, VIH/SIDA, embarazo de adolescentes y violencia sexual)	41
3. Situación actual del acceso, la participación y el ejercicio de sus derechos en el contexto de las políticas nacionales de SSR e interculturales.....	42
VII. Discusión de los hallazgos	45
1. Situación de la SSR de los y las adolescentes	45
2. Construcción de los conceptos de adolescente y joven.....	46
3. Género en las decisiones en torno a SSR.....	47
4. Rol de la medicina tradicional.....	47
5. El rol de las iglesias	48

6. Rutas que siguen adolescentes y jóvenes frente a los embarazos y la violencia sexual	48
7. Participación de adolescentes y jóvenes en los programas y políticas sobre SSR	49
VIII. Conclusiones	50
IX. Recomendaciones	52
1. Políticas Públicas	52
2. Instancias de las autoridades comunales	52
3. Desarrollo de investigaciones	53
X. Glosario	54
XI. Referencias bibliográficas	55
XII. ANEXOS	58
Anexo No. 1.	58
Anexo No. 2.	59
Anexo No. 3.	61
Anexo No. 4.	64
Anexo No. 5.	66
Anexo No. 6.	69
Anexo No. 7.	70
Anexo No. 8.	70
Anexo No. 9.	71
Anexo No. 10.	71
Anexo No. 11.	72
Anexo No. 12.	73
Anexo No. 13.	77
Anexo No. 14.	78

Agradecimiento



El equipo de investigación agradece por su colaboración y apoyo en este estudio a: los líderes y líderes de los gobiernos comunales de Rama Cay, Orinoco, barrio Punta Fría en Bluefields, Wasakín y Bilwaskarma, por la gentileza y cordialidad con que acogieron al equipo de investigación, por facilitar el acceso a sus comunidades y permitir que se abriera un espacio de participación para llevar a cabo la investigación, tomando en cuenta sus perspectivas y su pensamiento sobre las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes en sus comunidad, sobre salud sexual y reproductiva.

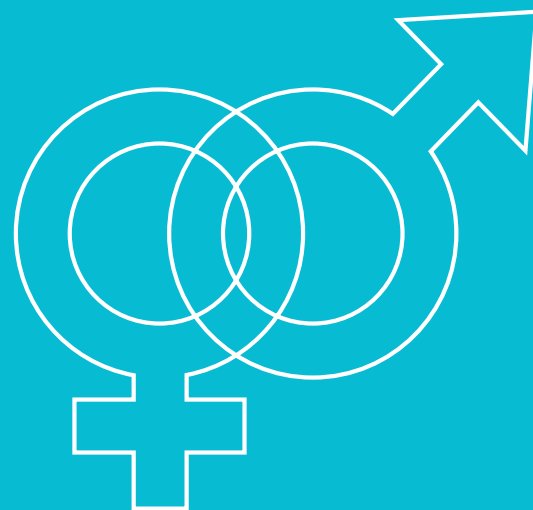
Especialmente a la gente de las comunidades que participaron de manera voluntaria en este estudio: Adolescentes, jóvenes, padres de familias y personas de las redes sociales en las comunidades de estudio, por su disposición para compartir sus conocimientos y hablar sobre sus experiencias relacionadas con la salud sexual y reproductiva desde su cosmovisión. A los directores y directoras de los centros educativos de las comunidades donde se llevó a cabo el estudio, por permitir el uso de sus instalaciones para realizar los grupos focales que posibilitaron el diálogo entre los participantes.

A las autoridades de los gobiernos comunales participantes, a los gobiernos territoriales y regionales, al Ministerio de Educación (MINED) y al Ministerio de Salud (MINSa) de la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS) y Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN), por participar activamente en el “Taller de Devolución” de los resultados y aportar con recomendaciones para trabajar en políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes en sus regiones.

A nuestras asesoras y guías de esta investigación María Dolores Castro Mantilla y Silvia Salinas Mulder, por coordinar al equipo de investigadores en todo el proceso y su incondicional apoyo, por su eficaz conducción y sus aportes significativos para finalizar el estudio.

El equipo investigador y las instituciones auspiciadoras, respetan y asumen el principio de igualdad de género. La utilización del lenguaje masculino para el plural responde a una decisión práctica de facilitar la fluidez en la lectura del texto. En este marco, se aclara que la eventual invisibilización de las mujeres en el lenguaje se debe a las limitaciones propias del lenguaje español; sin embargo, se hará la distinción cuando sea posible y corresponda.

Resumen ejecutivo



Se trata de una investigación cualitativa con una población de mujeres y hombres adolescentes y jóvenes, indígenas y afrodescendientes, para identificar prácticas, signos y significados sobre derechos, género y sexualidad. El estudio fue realizado en cinco comunidades de pueblos indígenas y afrodescendientes de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, en el Norte y en el Sur de Nicaragua.

Los objetivos que sirvieron de guía fueron los siguientes:

1. Develar las valoraciones y representaciones que los adolescentes tienen sobre la SSR (ITS, el VIH/ SIDA, la violencia sexual y el embarazo en adolescentes).
2. Determinar los factores y motivaciones que influyen la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes respecto a la SSR (ITS, VIH/sida violencia sexual y el embarazo en adolescentes).
3. Evidenciar la situación actual del acceso, la participación y el ejercicio de sus derechos en el contexto de las políticas nacionales de SSR e interculturalidad.

De acuerdo con la información secundaria, la situación de la SSR en la población indígena, particularmente entre los adolescentes y jóvenes indígenas es preocupante. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA, el embarazo en adolescentes y la violencia sexual, son las problemáticas que resaltan en las dos regiones estudiadas. Así por ejemplo, los territorios con ma-

yor número de casos de ITS (gonorrea, condiloma y sífilis) identificados, están en la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS) y la Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN) (MINSA, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2008). Las mujeres son las principales afectadas por las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)¹.

Los resultados del sondeo cualitativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes indígenas de Nicaragua (Cunnigham marzo, 2010), revelan que “el tema de SSR continúa siendo un tema tabú en las comunidades indígenas miskitus. Está vigente en las relaciones sociales y culturales en las comunidades, pero no se le menciona, por lo tanto, se espera que los adolescentes y jóvenes respondan a los valores comunitarios sobre el tema, a partir de lo que entienden por factores y valores característicos de la identidad étnica, más que por los conocimientos y habilidades explícitamente transmitidos: por ejemplo, el noviazgo corto es precedido por relaciones sexuales, los adultos, incluyendo a líderes y lideresas no hablan sobre sexualidad. Los pastores de las iglesias quienes tienen una alta influencia en las decisiones prohíben hablar de estos temas hasta la expulsión de las actividades religiosas comunitarias a los jóvenes que saben que usan un condón”.

La violencia sexual es una de las problemáticas más acuciantes identificadas en diferentes estudios. En el sondeo cualitativo realizado por Cunnigham

¹ Defendiendo mis Derechos y Combatiendo la Discriminación ante el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual” Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH y SIDA en la Región Autónoma del Atlántico Sur, CE-DEHCA- Forum syd (Enero a Noviembre del 2008).

(2010) se menciona que “las violencias sexuales se expresan a través de casos de violaciones contra niñas y niños por padrastros, tíos, familiares; casos de incesto, violaciones por novios e incluso violaciones en las casas, barrios, taxi” (Cunningham; 2010).

Otro estudio en los municipios de Waspam – RAAN, Laguna de Perla- RAAS y Bluefields (UNFPA 2013) identifica que en Waspam la violencia sexual afecta a los adolescentes desde muy temprana edad, como es el caso de las niñas y niños menores de 14 años, cuya primera relación sexual probablemente fue producto del abuso sexual o violación y que alrededor de 7 de cada 10 adolescentes y jóvenes desconocían si había una institución en el municipio de Waspam que brindara información o atención en casos de violencia. En Laguna de Perlas el inicio temprano de las relaciones sexuales muestra que las prohibiciones o el silencio sobre el tema no han sido medidas adecuadas, que la sociedad debería reconocer que la sexualidad es parte de la vida de toda persona, y que su ejercicio es un derecho que adolescentes y jóvenes deben vivir con responsabilidad” (UNFPA; 2013b). En Bluefields, se destaca la falta de información y educación en sexualidad, iniciando la mayoría de las personas adolescentes relaciones sexuales sin protección y con preconceptos sobre el condón, principalmente, 5 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres creían que los condones reducen el placer sexual (UNFPA; 2013a).

1. Abordaje metodológico

El estudio se organizó por fases que iniciaron con el desarrollo de la propuesta y el protocolo de investigación, pasando por la realización del estudio en las comunidades indígenas y afrodescendientes, hasta la presentación del presente informe. Este proceso se llevó a cabo desde agosto hasta el 15 de diciembre de 2013.

El estudio, tuvo un abordaje cualitativo de carácter descriptivo, analítico y reflexivo. De igual manera mantuvo un carácter sincrónico y empírico, es decir, se plantearon hallazgos relevantes a partir de lo que narra la gente en las comunidades seleccionadas, al momento de hacer preguntas y dialogar sobre sus percepciones, valoraciones y experiencias respecto a la SSR. Sin embargo, para contextualizar los hallazgos se analizaron las dinámicas sociales y culturales que pueden influenciar las percepciones, valoraciones y experiencias. Así

mismo, se complementó la información empírica con el análisis de fuentes secundarias.

Para la recolección de la información se llevaron a cabo grupos focales, de acuerdo con la edad y los roles sociales, se condujeron entrevistas a padres de familia y otros informantes clave de las comunidades. La selección de la muestra de investigación se basó en el “Muestreo Teórico” (Anselme y Strauss 1986), que se definió en relación a la pertinencia y relevancia de la información obtenida. A su vez, la pertinencia y relevancia estuvieron dadas en función de la diversidad (no cantidad) de sujetos participantes y de las metodologías aplicadas. A priori se estableció una muestra mínima (utilizada en otras investigaciones)² para definir el número de participantes. En este estudio se contó con la participación de 189 informantes en entrevistas, grupos focales y relatos de vida. El procesamiento y análisis de la información se realizó a partir categorías y sub categorías construidas y contrastadas con categorías “en vivo” o “lo dicho” por las personas.

Siguiendo las Declaraciones y Convenidos Internacionales³, en esta investigación se ha tenido el cuidado de incluir a personas investigadoras pertenecientes a las comunidades de estudio, conformándose un equipo multiétnico, multicultural y plurilingüe. De tal manera, que se contó con investigadores mayagnas, tuahkas, krioles, miskitus, ramas, garífunas y mestizos. Además del reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas a la investigación de sus propios contextos, el hecho de ser del lugar, permitió una comunicación más fluida en sus propias lenguas originarias y que se llevaran a cabo las negociaciones correspondientes con éxito, para los permisos de entrada a las comunidades y la posterior recolección y presentación de la información.

Finalmente, con el propósito de validar los hallazgos y consensuar recomendaciones se realizó un taller con actores locales de la RAAN y la RAAS, autoridades de los gobiernos comunales, jóvenes de las comunidades, representantes de los gobier-

² Investigaciones cualitativas de esta naturaleza, entre las que caben mencionar: UNFPA/FCI Bolivia (2008). La Salud Sexual y Reproductiva de las Poblaciones Indígenas de Bolivia, Tierras Bajas, Valles y Altiplano; OPS/Universidad Autónoma de Madrid (2010). Salud Sexual y Reproductiva y VIH de los Jóvenes Adolescentes Indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú; Washington-Madrid: Organización Panamericana de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid.

³ Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas WHO/PAHO (1993) y sus posteriores Planes de Acción y Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

nos territoriales y regionales, así como a representantes de los Ministerios de Educación y de Salud (MINED y MINSA).

Cabe resaltar que a lo largo de todo el proceso se tuvo el mayor cuidado posible para mantener la confidencialidad tanto en el abordaje de la investigación como en el proceso de análisis o presentación de resultados. Asimismo, en todo momento se buscó una decisión informada de los sujetos sobre su voluntad de participar y su autorización para la grabación de las entrevistas.

2. Principales hallazgos y conclusiones

El estudio corrobora los hallazgos de otras investigaciones, en lo que se refiere al inicio temprano de las relaciones sexuales, la violencia sexual y los factores de vulnerabilidad asociados a la falta de información y educación integral en SSR. Esta situación influye en altas tasas de embarazo en adolescentes, y exposición a ITS, VIH/SIDA, además de las consecuencias de salud mental y emocional para los adolescentes.

- La vulnerabilidad de las personas adolescentes y jóvenes en SSR se complejiza con la presencia de otros factores contextuales como el alcoholismo y las drogas.
- Los adolescentes tienen sus propias concepciones en la significación de lo que es el ser adolescentes, no tiene que ver con la edad cronológica, más bien depende de cómo la mujer y el hombre asumen y cumplen responsabilidades y tareas dentro de la comunidad. En Nicaragua, en miskitu se les llama *Wahma Kura an tiara Kura* que significa joven tierno. En su cosmovisión las primeras relaciones son producto de un *silka*, un hechizo o embrujo.
- La percepción que predomina entre adolescente y jóvenes es que los padres no aconsejan a sus hijas e hijos sobre cómo cuidarse y proteger su cuerpo, no hay una comunicación entre madres e hijas, lo cual hace que las madres piensen que las muchachas están en “maldades por eso se embarazan a temprana edad”. Esto es compatible con el desconocimiento que tienen muchos padres y madres de familia en los temas de SSR.

- La salud sexual es un tema que las familias de jóvenes y adolescentes no abordan de manera directa, esto tiene que ver en algunos casos con la posición de la iglesia en comunidades indígenas, que se opone a que se hable del tema; sin embargo para otros padres todavía hablar de estos temas constituye un tabú.
- La medicina tradicional tiene un rol importante en la SSR en comunidades afrodescendientes. Las parteras atienden adolescentes embarazadas e ITS. En comunidades indígenas las embarazadas han sido atendidas por parteras, pero estas no atienden infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Las mujeres hablaron más sobre los temas de SSR en el hogar, en comunidades afrodescendientes, generalmente hablan de prevención de embarazos y de las relaciones sexuales. Sin embargo en las comunidades indígenas hablan muy poco. Las indígenas y las afrodescendientes consideran que son vistas por sus compañeros o esposos como las que deben orientar a las hijas e hijos.
- En las comunidades indígenas de la RAAN no se observó presencia de las instituciones que velen por los derechos constitucionales de las adolescentes y jóvenes en casos de violencia sexual. Por el contrario, en las comunidades afrodescendientes de la RAAS se constató la existencia de instituciones que protegen los derechos de adolescentes y jóvenes y brindan atención en caso de violencia.

3. Principales recomendaciones del estudio

- Crear una ruta de diálogo para atender a las personas adolescentes y jóvenes en los diferentes niveles: regional, territorial y comunal, para implementar las Políticas y Reglamentos de la Juventud, por parte de los Gobiernos Regionales de la RAAS y la RAAN, con la guía y el seguimiento de las Secretarías de la Juventud.
- Realizar un diagnóstico con los padres y madres de las familias de las comunidades indígenas y afrodescendientes sobre los

conocimientos, actitudes y prácticas que tienen en temas de SSR. Después de obtener los resultados, diseñar y desarrollar una estrategia de capacitación de acuerdo a su cosmovisión y a sus necesidades, con recomendaciones sobre cómo orientar a sus hijas e hijos en estos temas.

- Coordinar acciones entre los líderes comunales y las redes sociales con organizaciones sociales, centros de salud y escuelas de las comunidades para abordar temas de SSR, género y derechos, donde se les de participación activa a los adolescentes y jóvenes.
- Conformar grupos de promotores adolescentes y jóvenes para que las comunidades de referencia en el estudio queden fortalecidas y tengan a esos grupos como agentes multiplicadores de la información, hacia otros adolescentes y jóvenes.
- Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, mejorar el acceso para que los adolescentes de las comunidades indígenas y afrodescendientes puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Tomar en cuenta enfoques de calidad y confidencialidad, incluir consejería, orientación y asesoramiento.
- Capacitar a personal del MINSA, específicamente para atender y orientar a los adolescentes en SSR, brindándoles atención diferenciada, dependiendo de la edad, el sexo y respetando la cosmovisión de cada uno de los pueblos y comunidades, enfocados a los conocimientos y las prácticas saludables.
- Implementar planes educativos por parte del personal de salud en las comunidades, donde se incluyan charlas educativas dirigidas a los adolescentes y jóvenes de la comunidad, en temas de SSR, Género y Derechos.
- Coordinar acciones de capacitación dirigidas a las personas que ejercen la medicina tradicional y especialistas tradicionales de las comunidades indígenas y afrodescendientes, sobre el conocimiento de los temas de SSR.
- Conformar alianzas entre Gobiernos regionales, territoriales y comunales para pro-

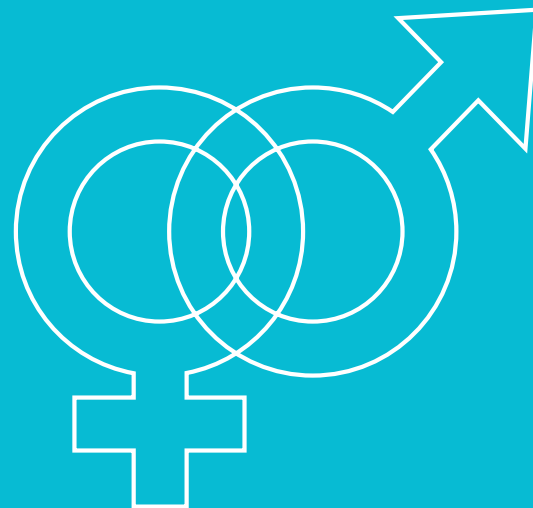
mover la participación social y comunitaria a instancias de control social comunitario y establecer entre todos, normas que sancionen la violencia, dirigidas principalmente a la violencia sexual en las comunidades indígenas y afrodescendientes.

- Incorporar la educación sexual integral al Sistema Educativo Autonómico Regional (SEAR) desde la educación primaria.

4. Recomendaciones específicas para las comunidades

- Fortalecer las redes sociales de las comunidades para que trabajen por el mejoramiento de la calidad de vida de sus adolescentes, desarrollando acciones para evitar el consumo de alcohol y droga.
- Promover espacios de participación de los adolescentes, permitiendo que planteen sus inquietudes y necesidades en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Coordinar con los docentes de las escuelas para hacer ferias de la sexualidad, donde participen los estudiantes, los padres de familia y miembros de las redes sociales.
- Articular un plan de trabajo del gobierno comunal con los pastores de iglesias para sensibilización en temas de salud sexual y reproductiva.

I. Introducción



El presente estudio indaga sobre la salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres, de cinco comunidades indígenas y afrodescendientes de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, en el Norte y en el Sur (Nicaragua). Los pueblos étnicos representados en este estudio son de la Costa Caribe Nicaragüense, Norte y Sur.

1. Pueblo miskitu, comunidad de Bilwaskarma, Municipio de Waspam, RAAN.
2. Pueblo mayagna de la variante tuahka, comunidad de Wasakín, Municipio de Rosita, RAAN.
3. Pueblo rama, comunidad de Rama Cay, Municipio de Bluefields, RAAS.
4. Pueblo garífuna, comunidad de Orinoco, Municipio Laguna de Perlas, RAAS.
5. Pueblo kriol, del barrio Punta Fría, de la ciudad de Bluefields, RAAS.

El estudio incluyó el vínculo entre las construcciones sociales y culturales el de ser joven y adolescente, sexualidad, construcciones de género y el ejercicio de derechos. Sin embargo, siendo estas construcciones tan amplias como para pretender comprenderlas en un tiempo reducido de investigación, los objetivos y preguntas de investigación estuvieron orientados a profundizar la problemática sobre:

1. La SSR: ITS, VIH/SIDA, embarazo adolescente y violencia sexual.

2. Los factores y motivaciones en las decisiones relacionadas con la SSR.
3. El acceso, la participación y las expectativas en relación con las políticas de SSR en contextos interculturales.

La investigación se basó en un enfoque cualitativo, descriptivo y analítico. En el cual se abordan los temas de violencia sexual, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA), salud sexual y reproductiva, el embarazo en las adolescentes. Estos temas fueron trabajados desde la perspectiva de género y el contexto social, cultural y familiar en el que se desenvuelven las personas adolescentes y jóvenes.

El estudio fue realizado por personal de investigación, indígenas y afrodescendientes, con la participación y apoyo de los estudiantes. Estos investigadores participaron en talleres de sensibilización y uniformización de criterios metodológicos. Los talleres consistieron en discusiones grupales sobre los temas de investigación, el marco conceptual, el desarrollo de guías de investigación, la validación de las mismas, el procesamiento de la información, el análisis y triangulación de la información y la escritura del informe. Con el apoyo y asesoramiento de la Coordinadora general y de las asesoras internacionales, este equipo de investigadores tuvo a su cargo el desarrollo del trabajo de campo en las distintas comunidades, así como la elaboración de los informes por comunidad, que sirvieron de base para este informe.



Equipo de investigación

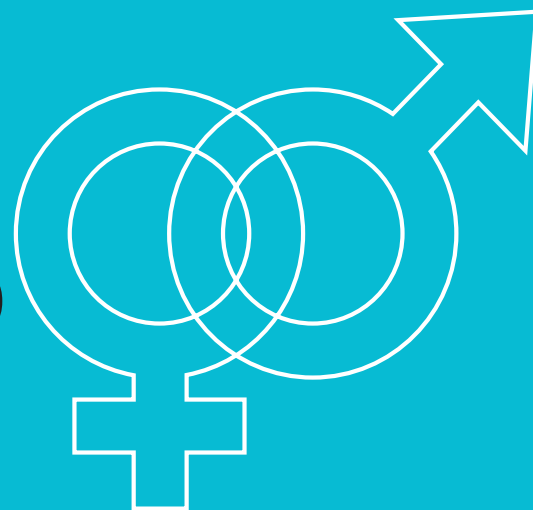
El estudio fue organizado en las siguientes fases:

- Taller de inducción metodológica con el personal de investigación.
- Validación de los instrumentos.
- Coordinación con las autoridades de las comunidades.
- Trabajo de campo.
- Procesamiento de la información.
- Triangulación de la información.
- Taller de validación de la información con actores claves.
- Preparación de informes por comunidad.
- Elaboración del informe final.

En este estudio se contó con la participación de 189 informantes en entrevistas, grupos focales y relatos de vida. Entre éstos participaron jóvenes y adolescentes, parteras, médicos tradicionales, líderes comunales, padres y madres de familia, docentes y enfermeras.

Los hallazgos se organizaron en tres capítulos: El primero hace énfasis en la perspectiva de las personas adolescentes y jóvenes sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas y afrodescendientes; el segundo se centra en los factores y motivaciones que influyen en la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes respecto a la SSR, ITS, VIH/SIDA, violencia sexual y el tercero explica la situación actual del acceso, la participación y el ejercicio de los derechos de las personas adolescentes y jóvenes a la SSR en el contexto de las políticas y programas nacionales.

II. Descripción de las comunidades del estudio



1. Bilwaskarma

Es una comunidad indígena del pueblo miskitu, que está ubicada en el municipio de Waspam río Coco, en la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua. La cabecera municipal es Waspam. La población miskitu del país, según cifras oficiales es aproximadamente de 120,812 que representan el 27.2 % de la población nacional, la población de la comunidad de Bilwaskarma es de 1,910 personas, la comunidad cuenta con 157 casas de habitación, con un indicador de pobreza extrema del 74,8% (MINSA; 2013, INIDE; 2005). Bilwaskarma se encuentra a 10 Km de distancia al este de la cabecera municipal, lo cual toma 30 minutos en vehículo, 2 horas a pie y por vía fluvial se realiza su recorrido en una hora con panga de motor⁴.

La comunidad está habitada principalmente por miskitus, la lengua que se habla es el miskitu. En la comunidad se cuenta con cuatro religiones, de la cual la de mayor predominio es la Iglesia Morava que abarca el 76% del total poblacional, un 18% la Iglesia Católica y el 6% de la población practican la religión Iglesia de Dios y la Evangélica. Es menester hacer énfasis que la religión Morava fue la primera iglesia en llegar a la comunidad donde llevaron un buen grado de desarrollo, tales como el hospital, escuela y aeropuerto. Hay escuelas de educación primaria y educación secundaria, que son bilingües (MAGFOR; 2009) .

Bilwaskarma cuenta con un centro de salud que brinda atención médica a la población y comunidades aledañas, desde Batsi Laya hasta Saupuka. Cuenta con personal de salud permanente: dos médicos, tres enfermeras profesionales, un auxiliar de enfermería, un farmacéutico⁵. Hoy la comunidad cuenta con una clínica que es atendida por un médico y dos enfermeras. Practican la medicina tradicional.

La principal actividad económica es la agricultura de subsistencia, la explotación artesanal del corte de madera sobre todo de pino para la sobrevivencia. Según la cosmovisión del pueblo miskitu, la vida espiritual proviene de los poderes que existen en el universo, independientemente de los seres humanos, quienes también están bajo su influencia.

En ese contacto tanto los espíritus como los humanos sufren. Cuando hay un contacto sin el control adecuado, hay pérdida de equilibrio y se manifiesta a través de enfermedades o malestares individuales y colectivos. Por lo tanto, los desequilibrios se explican como posesión espiritual: el espíritu entra en el cuerpo o está en el entorno y resulta una afección física o desórdenes emocionales y mentales.

⁴ Documento Proyecto Corredor Biológico del Atlántico Componente de Planificación y Monitoreo (2003). plan de desarrollo comunitario de Bilwaskarma.

⁵ Entrevista a líder comunitario de Bilwaskarma.



Bilwaskarma

Para mantener el equilibrio en la familia y comunidad las personas deben seguir las reglas elementales de concordancia con la naturaleza, de lo contrario los lasas o malos espíritus toman medidas de sanción. El comportamiento de los espíritus entre los miskitus se basa en tres principios elementales:

1. Los amos espirituales controlan los recursos naturales y castigan las acciones humanas indeseables.
2. Los espíritus disfrutan la compañía de los humanos y buscan el contacto con ellos.
3. Los espíritus no pueden tolerar la esencia humana caliente, así que toman represalias cuando el contacto ocurre (MAGFOR; 2009).

2. Wasakín

Es una comunidad indígena del pueblo mayagna de la variante tuahka, es la más grande del municipio de Rosita, en la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua, la cabecera municipal es Rosita. La población mayagna del país, según cifras oficiales es aproximadamente de 9, 756 que representan el 2.2 % de la población nacional, la población mayagna-tuahka de la comunidad de Wasakín es de 591 personas, con un indicador de pobreza extrema del 56.6 % (INIDE; 2005). Wasakín está ubicada a unos 13.5 Kilómetros al sur de la cabecera municipal, toma aproximadamente 45 minutos o más para llegar en transporte terrestre que es el único que llega, por las condiciones precarias del camino, que se encuentra muy deteriorado, a veces es imposible que entre el transporte de bus colectivo, los comunitarios caminan a pie hasta la cabecera municipal⁶.

⁶ Ficha Municipal del municipio de Rosita, RAAN.



Wasakín

La población es multiétnica destacan mayoritariamente el pueblo mayangna con la variante tuahka como pueblo originario, hay miskitus inmigrantes y mestizos terceros. La práctica del idioma suele ser el miskitu sustituyendo a la lengua materna de la variante tuahka que se ha dejado de usar sobre todo por los más jóvenes, pero también se habla el tuahka y muchas personas el español como segunda lengua (UNESCO; 2012).

La principal actividad económica es la agricultura de subsistencia, también hay artesanos que trabajan el bambú de los cuales hacen muebles y construyen casas. Hay un puesto de salud con dos enfermeras, a veces llega el médico. Hacen uso de la medicina tradicional. Hay escuelas de educación primaria y un instituto de educación secundaria, que son bilingües.

En la cosmovisión mayangna el mundo gira en torno a dos extremos: el mal provocado por los espíritus del bosque (el aire, el agua, los cerros), y el bien que lo contrarresta por medio del poder de los sukias y los ditalyang. Las figuras de sukias y ditalyang en la cosmovisión mayangna son un símbolo de poder, fuerza y esperanza. El ditalyang es un sabio que adquiere su conocimiento en la montaña en compañía de los ancianos y mediante la meditación, el estudio y el ayuno. Antiguamente,

el ditalyang tenía que pasar la prueba del fuego, que consistía en caminar sobre brasas de un tipo de leña especial para esa ocasión.

Una persona enferma por el espíritu de las aguas (la Sirena), o del viento (Wingwalanisa, dios del viento), o de los cerros (Asang) o con fiebre, vómito, calambres, náuseas, convulsiones, visiones, entre otras enfermedades, es curada por el ditalyang. Él es quien sabe qué le provocó la enfermedad y cómo curarla, dónde encontrar las hierbas curativas y cómo administrarlas.

Elementos muy importantes de la cultura son la magia y las oraciones o ensalmos que aún en la actualidad están vigentes. Para los mayangnas los cerros son sagrados, por tanto, son los principales sitios de revitalización cultural. En los cerros habitan las deidades ancestrales, como Walasa, Duhindu, Asangba, Tingsuba, los dueños de las montañas⁷.

⁷ UNESCO (2012). Cuaderno cultural sumu mayangna 6



Rama Cay

3. Rama Cay

Es una comunidad del pueblo rama, es una isla pequeña que se recorre en 10 minutos aproximadamente, rodeada de agua dulce, ubicada en la laguna del municipio de Bluefields, en la Región Autónoma Atlántico Sur de Nicaragua. La cabecera municipal es Bluefields. La población rama del país, según cifras oficiales es aproximadamente de 4,185 que representan el 0,9% de la población nacional, la población de la comunidad de Rama Cay es de 900 personas, con un indicador de pobreza extrema del 52% (MINSa; 2013, INIDE; 2005). Rama Cay se encuentra a 15 kilómetros de Bluefields, lo cual toma unos 20 minutos para llegar por vía fluvial, que es el único acceso, realizando el recorrido en una panga de motor. La población actual es de 900 habitantes (UNESCO; 2012).

La comunidad está habitada principalmente por ramas, la lengua que se habla es el inglés-kriol, muy pocos ancianos hablan la lengua rama, están en proceso de rescate y revitalización de su lengua rama. En la comunidad de Rama Cay, desde hace muchos años, se han realizado estudios de relevancia, por varios investigadores, estos estudios fueron sobre de la pérdida de la lengua rama, hasta la actualidad este es uno de los temas que impactan

tanto a los mismos investigadores, planteando sus hipótesis sobre el ¿Por qué la pérdida de la lengua? (WANI; 1987).

La principal actividad económica es la pesca para vender y el autoconsumo, trabajan la agricultura de subsistencia en tierra firme y también la comercian (UNESCO; 2012). Tienen un puesto médico con una enfermera y un enfermero. Practican la medicina tradicional. Hay dos escuelas primarias y de educación secundaria que son bilingües, atendidas por docentes bilingües (WANI; 1987). Conciben el mundo como una creación superior. La historia oral contada en forma de mitos y leyendas es muy importante.

En su cosmovisión el pueblo rama, crea un contexto generalizado en el que la gente siente respeto y temor a la naturaleza. La generación mayor tiene más creencia en estos cuentos y son más conservadores, pero la generación nueva también se los cree ya que cuando les suceden algunos acontecimientos misteriosos, la mejor explicación son estos cuentos. Por lo menos no se atreven a hacer lo que se considera peligroso. Estas ideas y reglas invisibles, pero incidentes en la mente de los indígenas rama es lo que los ha convertido en mejores cuidadores del bosque.

Los cuentos de los animales, del bosque, de las personas sobrenaturales, de los acontecimientos misteriosos en los cuales creen los indígenas raras nos dan idea de la relación de ellos con la naturaleza.

Se pueden clasificar esos cuentos en 3 tipos por las siguientes razones:

- 1) Cuentos que implican respeto y temor a las personas mayores y las personas misteriosas. Se puede suponer que estas personas tienen una relación muy estrecha con la naturaleza.
- 2) Cuentos que implican que en el mundo o en la naturaleza hay cosas que los seres humanos no pueden controlar o dominar, como el wakshow: hombres chiquitos pero son monos de manada. Son orejones, peludos, con brazos largos, dicen que tienen pies al revés. Comen hasta a los hombres; si es hembra, se llevan a los varones, y si son machos se llevan a las mujeres y les dan de comer carne cruda.
- 3) Cuentos que implican claramente una existencia de límite o control del aprovechamiento de los recursos naturales por medio de castigos.

Entre otras creencias sobresalen:

Los espíritus del agua, hay hombres y de mujeres. La sirena nació de una mujer desobediente. La mamá le dijo que se convertiría en un pez si no salía del baño y como no le hizo caso, se convirtió en una sirena. Hay sirena hombre también. Cuida lo que hay en el agua. Hace desaparecer a las personas que pescan demasiado.

Existe un viejo del monte, como jefe de los animales. Castiga a los que cazan muy al centro del bosque o a los que son muy destructores. También él a veces quiere agarrar a las personas no bautizadas o muy inocentes.

4. Orinoco

Es una comunidad del pueblo garífuna, está ubicada en el municipio de Laguna de Perlas, en la Región Autónoma Atlántico Sur de Nicaragua. La cabecera municipal es Laguna de Perlas. Se llega desde Bluefields por vía acuática en dos horas aproximadamente, en lancha rápida con motor. La población garífuna del país, según cifras oficiales es aproximadamente de 3,271 que representan el 0,7 % de la población nacional, la población garífuna de la comunidad de Orinoco es de 2,200 con un indicador de pobreza extrema del 70 % (MINSAL; 2013, INIDE; 2005).

Es la comunidad que tiene el mayor número de habitantes garífunas en Nicaragua. Actualmente hablan inglés-kriol, están en el rescate y revitalización de la lengua garífuna.

La principal actividad económica es la agricultura y la pesca artesanal. Realizan artesanías de maderas y cayucos con troncos de árboles grandes. Tienen turismo como actividad de auto sostenibilidad, con hoteles pequeños y comidas tradicionales. Celebran el Walagallo, que es un rito de sanación (UNESCO; 2012).

Hay centros de estudios de educación primaria y secundaria, con educación bilingüe. Cuentan con la asistencia de enfermeras y un médico en el centro de salud. Practican mucho la medicina tradicional (*Ibid*).

La cosmovisión religiosa garífuna se compone de una historia y una tradición, la que se confirma a través de la fuerza de los ritos, los que aparecen en todas las etapas de la vida del garífuna: el nacimiento, la enfermedad y la muerte. Los rituales y las creencias religiosas garífunas tienen su origen en las tradiciones africanas.

Creen que caer en poder de una entidad sobrenatural maligna es un riesgo que los garífunas corren a menudo, pues de acuerdo a sus tradiciones, hay innumerables seres que acechan al hombre en cada etapa de su vida. En los ríos muchas cascadas sirven de refugio a seres fantásticos, los agáyuma, que pueden aparecerse bajo la forma de un cocodrilo o de un cangrejo, pero por lo general toman la forma de una bella mujer de piel clara y pelo verde.



Trabajando en Orinoco

El culto a los ancestros de los garífunas, es el corazón de la expresión religiosa garífuna, el corazón del credo Caribe, el puente a través del cual los garífunas contactan su pasado y lo representan dramáticamente en el presente (UNESCO; 2013).

Según la tradición garífuna, desde su cosmovisión, sólo se puede sembrar después de haber escuchado the tide bird o ave de la marea (Anas creeca). Es un pájaro pequeño, color café, con una cola larga y un canto singular. Según los saberes locales, el canto del pájaro anuncia la marea alta, y avisa que es buen momento para sembrar. La luna y la marea alta son importantes para tener buena cosecha.

Son varias las aves que con su canto dan avisos, por ejemplo, el piam piam o urraca parda (Cyanocorax morio), avisa que alguien o algo se acerca o anda en el bosque. El piram anuncia cuando una joven del sector está embarazada. Otras aves pautan con su canto las labores del día, como las siguientes:

- Lagoon bird o back bird o zanate: entre las tres y cuatro de la mañana anuncia el amanecer y despierta a los pescadores.
- Come come book it: anuncia la puesta del sol.

- Tuy tuy: avisa cuando sube o baja la marea del mar o laguna.
- Man a war: cuando vuela alto indica buen clima.
- Krikam o sharran sombrío: ayuda a los pescadores a identificar los sitios buenos para pescar en el momento.
- Tide bird (Anas creeca): ayuda a identificar la buena marea para la siembra.
- Ramatutu o ketzal: anuncia mal tiempo.

Para el garífuna el sonido del tambor, el canto y la danza tienen efectos curativos y son medios para complacer a los gubida. Una celebración sin tambor no es una celebración garífuna. Es el sonido que gusta a los espíritus gubida. La purificación mediante la danza regenera el universo garífuna. De la fusión de tambor, tierra, sangre y ancestros nace de nuevo el enfermo y con él la etnia.

El tambor, la danza y el canto son para el garífuna salud y fuerza física, alegría y complacencia para los ancestros. El cuerpo de los vivos se convierte en recipiente de los espíritus gubida, de modo que pueden seguir el ritmo del tambor igual

que lo hacía en vida. Es un momento de máxima relación entre los vivos y los muertos de la etnia.

Los tambores, el canto y la danza expulsarán a los malos espíritus y obtendrán la curación del enfermo y la regeneración de la etnia. El baile del hamalijani es el centro del rito del Walagallo. Hamalijani o mali significa aplacar, apaciguar. Se podría traducir como apaciguamos a los familiares muertos (UNESCO; 2012).

5. Punta Fría

Es un barrio de una comunidad kriol, en la ciudad de Bluefields, en la Región Autónoma Atlántico Sur de Nicaragua. Bluefields fue elevada a categoría de ciudad el 11 de octubre 1903, cuando el entonces presidente de Nicaragua invadió con la fuerza de las armas La Mosquitia y la incorporó al país. La población kriol del país, según cifras oficiales es aproximadamente de 19,890 que representan el 4,5 % de la población nacional, la población kriol de la comunidad del barrio de Punta Fría en la ciudad de Bluefields es de 600 personas, con un indicador de pobreza extrema del 39,9 %. La población general de Bluefields es pluricultural y multilingüe, es descendiente de pueblos indígenas, inmigrantes afro-caribeños constituyéndola principalmente mestizos (81%), creoles (8.5%) miskitus (6.5%), sumus (2%), garífunas (1.5%) y ramas (0.5%). El idioma predominante es un tipo de inglés del Caribe, o inglés criollo, aunque la mayoría de los habitantes son bilingües (inglés y español). Se habla también la lengua miskitu (MINSA; 2013, INIDE; 2005).

Se llega a Bluefields desde Managua con una distancia de 383 kilómetros, por vía aérea en 45 minutos aproximadamente, también se puede utilizar la vía terrestre, en un bus desde Managua hasta ciudad Rama que dura 6 horas y luego se continua en una panga de motor hasta Bluefields el viaje fluvial dura aproximadamente 2 horas. La ciudad tiene todos los servicios básicos de salud, con centros de salud y hospitales. La educación está desde los niveles de educación inicial hasta universidades⁸.

La cosmovisión de la población está influenciada por las creencias africanas y las religiones protestantes. Son moravos (en su mayoría), anglicanos, bautistas y evangélicos de otras deno-

minaciones. Sin embargo, hay una presencia mágico-religiosa que lleva a una doble práctica social.

Hoy en día la cultura creole mantiene el Obeah como parte fundamental de sus creencias. A pesar de ciento cincuenta años de misión y profesión de religiones protestantes, los espíritus siguen siendo invocados por personas llamadas a tener contacto con las fuerzas sobrenaturales. Prácticamente todos los creoles, sin distinción de religión o nivel educacional tienen un profundo respeto por las creencias que han sido legadas por sus antepasados. En la vida cotidiana de hoy, un juego o campeonato de basketball o de baseball es pretexto para una invocación a las fuerzas de los espíritus, a como lo puede ser un buen negocio.

Entre algunas prácticas de medicina tradicional entre creoles se señalan los siguientes:

1. Plantas medicinales.
2. El uso de los sueños para diagnosticar, curar y adivinar.
3. El Obeah (brujería africana), usando venenos o espíritus malos.
4. El uso de la Biblia con poderes.
5. El uso de los naipes.
6. Los espíritus y oraciones. A través de las oraciones el espíritu entra en las personas.
8. El agua serenada.
9. Los Dopi o espíritus enviados a las casas.

Entre los creoles se manifiestan diversos sistemas de creencia que tienen influencia sobre las decisiones que las personas adoptan en su vida cotidiana. En las comunidades creoles existe el "veneno hechizado". Plantean que consiste en un veneno enterrado cerca de la casa de una persona por uno de sus enemigos. El objeto es provocar la muerte lenta del enfermo (MGFOR; 2009).

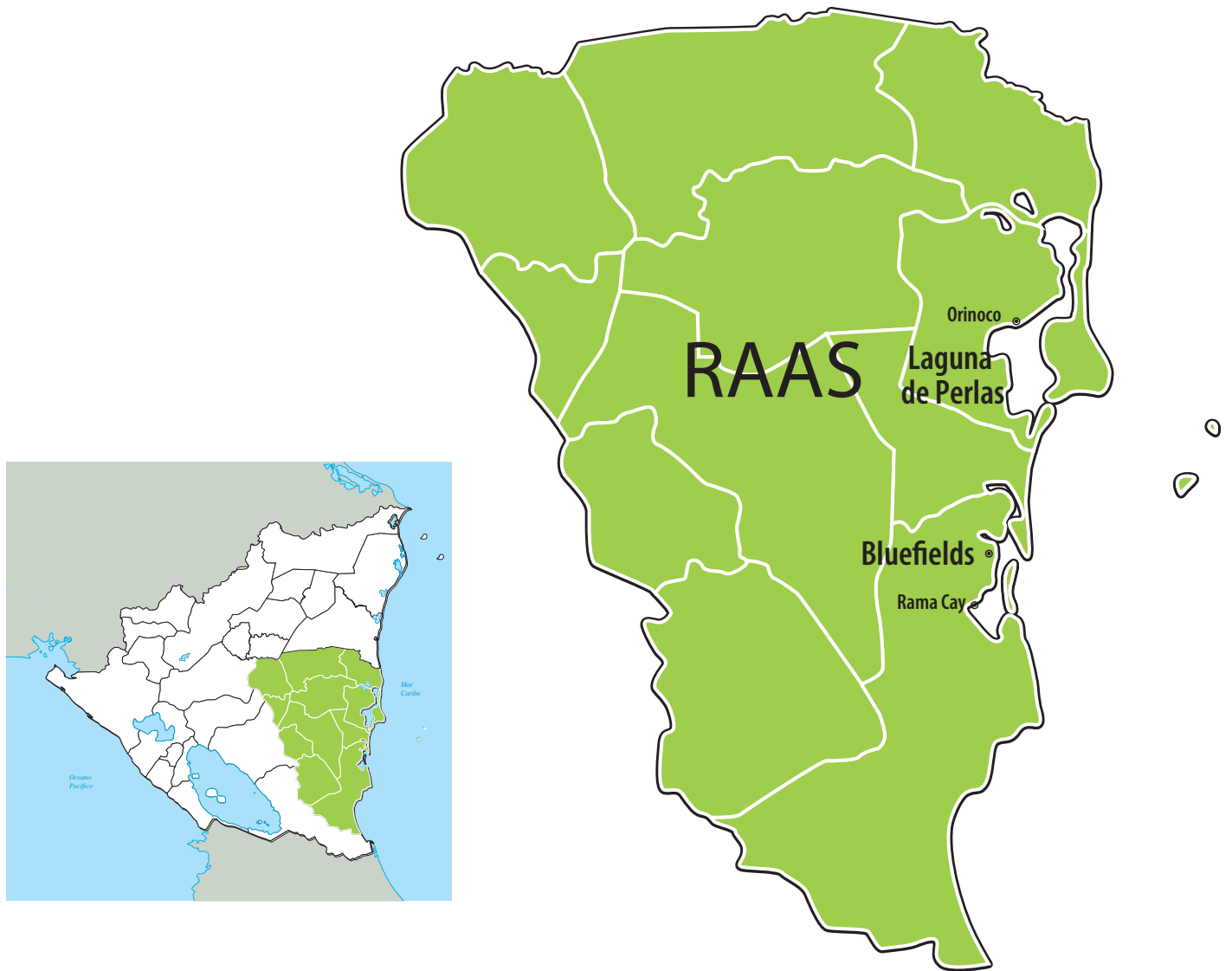
⁸ Ficha municipal del municipio Bluefields.

Mapa de la RAAN, ubicación de las comunidades donde se desarrolló la investigación



Fuente: Mapa elaborado por URACCAN (2014).

Mapa de la RAAS, ubicación de las comunidades en donde se desarrolló la investigación



Fuente: Mapa elaborado por URACCAN (2014).

III. Antecedentes y justificación



Nicaragua tiene una superficie territorial de 130,373.4 Kilómetros cuadrados, 6.109.149 habitantes, (50.6%) son mujeres. Está dividida en 15 departamentos, distribuidos en las regiones del Pacífico, Centro-Norte y dos Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur. (Plan Estratégico 2012-2016 Profamilia).

La tasa global de fecundidad (ENDESA-2012) se redujo de 2.7 a 2.4 hijos por mujer en edad reproductiva. Sin embargo, según Rico y Trucco (2014) la maternidad adolescente se incrementó, siendo Nicaragua uno de los países de la región latinoamericana con una de las tasas más altas (92 por mil adolescentes). La tasa de crecimiento de la población es de 1.3%. La esperanza de vida al nacer es de 73.9 años. La fecundidad de las poblaciones indígenas estudiadas en la RAAN es de 4.1 (muy superior a la media nacional de 2.4) y en la RAAS es de 2.6 (ENDESA 2012).

De acuerdo con informes del Banco Mundial (Plan Nacional de Desarrollo Humano, 2012-2016) Nicaragua es el segundo país más pobre de América Latina, un 79.9 % de la población se encuentra en pobreza, y según la Encuesta de Medición del Nivel de Vida, 2009, el 15% viven en pobreza extrema. En términos de consumo de bienes y servicios el 10% más pobre recibe apenas el 1% del ingreso, mientras el 10% más rico absorbe el 45% del mismo. El área de la Costa Caribe es la que tiene los indicadores socio-económicos más bajos⁹.

⁹ Encuesta de hogares sobre medición del nivel de vida 2009. Managua 2011.

La cobertura del parto en la RAAS (65,8%) y RAAN (64,5%) estaba por debajo del promedio nacional (88%) (ENDESA 2011/12). La razón de mortalidad materna en la RAAS era de 207,8, en Bilwi fue 138,1 superando el nivel nacional de 50,3 por 100.000 nacidos vivos reportados (MINSA 2013). La prevalencia de uso de métodos de planificación familiar modernos también presenta déficits en la RAAS (74,3%), RAAN (62,4%) y total país 77,3%. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es superior en RAAN (11,8%), RAAS (8%) con relación al dato nacional (5,8%) (ENDESA 2011/12).

La tasa de prevalencia de VIH a nivel nacional para el 2008 es de 5,5/10.000 habitantes. Como ésta no sobrepasa al 1% en la población general, la epidemia se identifica concentrada. Los SILAIS de mayor prevalencia, son Managua, Chinandega, León, Masaya, la Región Autónoma Atlántico Norte y la Región Autónoma Atlántico Sur (OPS; 2010).

La tasa de prevalencia del VIH por 10,000 habitantes en el 2008 es 7,5 para la RAAS y 4,2 para la RAAN, siendo los municipios que presentan las tasas mayores Puerto Cabezas 10,1/10,000 habitantes y Waspam 5,5. Igual que en el país la población más afectada es entre los 15 y 49 años (*Ibid*).

En relación con la población adolescente de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, esta es una población expuesta a riesgos como adicciones, violencia, ITS y VIH¹⁰. La deserción escolar, falta de opciones para una recreación sana y el desempleo son algunas muestras del

¹⁰ Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2008). Managua.

entorno adverso en que se desarrollan los jóvenes costeños. Por otro lado, este grupo ha experimentado un fuerte proceso de aculturación en los últimos años, de forma que actualmente se puede afirmar que existe una biculturalidad en jóvenes y adolescentes de comunidades indígenas y afrodescendientes (URACCAN; 2012).

Las mujeres de las Regiones Autónomas (RAAS y RAAN) tienen sus hijos muy temprano. Según información de la Encuesta Nacional de Salud (ENDESA 2011/12), el porcentaje de adolescentes madres en la RAAS es de 29,6% y 31,3% en la RAAN, por encima del dato nacional de 23,3%. Las mujeres de la RAAN (2,7 hijos/as) y de la RAAS (2,1 hijos/as) tienen en promedio mayor cantidad de hijos/as que el valor nacional, con lo que se evidencia que en las regiones autónomas los indicadores relacionados con la fecundidad son superiores al promedio nacional.

Investigaciones recientes realizadas por el UNFPA (2013), reflejan datos significativos que evidencian cómo las personas adolescentes y jóvenes están viviendo su realidad, en los temas de salud sexual y reproductiva. Algunos hallazgos y datos significativos se presentan a continuación. En el municipio de Bluefields, donde se encuentra Rama Cay, que es una comunidad rama, y el Barrio Punta Fría, que es una comunidad kriol, la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales ha sido de 13,8 años en promedio. Las y los jóvenes están teniendo su primera relación sexual a una edad cada vez más temprana, es decir, que el actual promedio ha disminuido con respecto al que reportan las personas los jóvenes que tienen hoy entre 20 y 24 años de edad. Un 64% de los varones iniciaron su vida sexual entre 10 y 14 años, un tercio entre 15 y 19 años y una menor proporción antes de los 10 años. En el caso de las mujeres, la mayoría comenzó entre 15 y 19 años de edad, un tercio entre 10 y 14 y algunas antes de los 10 años (UNFPA; 2013a).

La violencia sexual afecta a muchas y muchos adolescentes desde muy temprana edad, como es el caso del grupo de las niñas y niños menores de 14 años, cuya primera relación sexual muy probablemente fue producto del abuso sexual o violación (*Ibid*). El 70% de hombres y 62% de mujeres adolescentes y jóvenes de Bluefields desconocían si hay en la localidad servicios de información y consejería en SSR. Hasta el 31% de las mujeres y 22% de los hombres que han iniciado su vida sexual reportan haber usado condón en su primera relación sexual,

es decir, la mayoría corre el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) y/o un embarazo. Un 51% de las mujeres que ya han iniciado su vida sexual tienen uno o más hijos e hijas; sin embargo, en el caso de los hombres sólo el 28% reconoce tener hijos (*Ibid*).

En el municipio de Waspam, donde se encuentra Bilwaskarma que es una comunidad miskitu, aproximadamente el 7% de adolescentes van a la escuela en los niveles que les corresponde conforme a su edad. Esto significa que un 93% tiene rezago escolar. Los hombres tienen menor rezago escolar que las mujeres (UNFPA; 2013d).

En ese municipio el inicio de la vida sexual tiene un promedio de edad de 12,3 años en el caso de los hombres y 15,8 años en las mujeres. Los varones inician su vida sexual entre 10 y 14 años, un grupo importante entre los 15 y 19 años y una proporción cuantitativamente menor antes de los 10 años. Las mujeres inician su vida sexual entre 15 y 19 años de edad y cerca de un cuarto entre 10 y 14 años. Solo el 9,2% de los varones y 24,3% de las mujeres que han iniciado su vida sexual reportan haber usado condón en su primera relación sexual. El promedio edad con que inician las relaciones sexuales en Waspam es de 13,5 años (*Ibid*).

El 78% de varones y 70% de mujeres adolescentes y jóvenes de Waspam desconocen si hay en la localidad servicios de información y consejería en SSR (UNFPA; 2013d). En el municipio de Rosita, donde se encuentra Wasakín, que es una comunidad mayagna-tuahka, aproximadamente el 18,2% de adolescentes van a la escuela en los niveles que les corresponde conforme a su edad. Esto significa que un 81,8% tiene rezago escolar. Entre los que tienen un año a dos años de rezago, los hombres están en relativa mejor situación que las mujeres (UNFPA; 2013c).

En ese municipio el inicio de la vida sexual tiene un promedio de edad de 13,5 años en el caso de los hombres y 15,6 años en las mujeres. El promedio de edad con que inician las relaciones sexuales en Rosita es de 14 años. El 75% de varones y 84% de mujeres adolescentes y jóvenes desconocen si hay en la localidad servicios de información y consejería en SSR. Sólo 23% de mujeres y 20% de mujeres conocen alguna institución u organismo que brinden servicios de información o atención en casos de violencia (*Ibid*).

En el municipio de Laguna de Perlas, donde se encuentra Orinoco, que es una comunidad de garífunas, aproximadamente el 51.6% de adolescentes van a la escuela en los niveles que les corresponde conforme a su edad. Esto significa que un 48.4% tiene rezago escolar (UNFPA; 2013b).

En ese municipio, el inicio de la vida sexual tiene un promedio de edad de 14.4 años en el caso de los hombres y 15.2 años en las mujeres. El promedio de edad con que inician las relaciones sexuales en Laguna de Perlas es de 14.7 años. El 75% de varones y 84% de mujeres adolescentes y jóvenes desconocen si hay en la localidad servicios de información y consejería en SSR. Hasta el 35.6% de las mujeres y 25.5% de los hombres que han iniciado su vida sexual reportaron haber usado condón en su primera relación sexual (*Ibid*).

Según el estudio cualitativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en adolescentes y jóvenes indígenas de Nicaragua (Cunningham 2010), la violencia sexual se expresa a través de casos de violaciones contra niñas y niños por padrastros, tíos, familiares; casos de incesto, violaciones por novios e incluso violaciones en las casas, barrios, taxi. A la luz de esta información, las personas con mayor grado de confianza son las que han cometido un abuso o violación sexual, la cercanía que tienen estas personas con las víctimas, lo que hace más difícil de manejar la situación. Las adolescentes y jóvenes están vulnerables y en riesgo desde la familia.

Según CEDEHCA, el SILAIS de la RAAS (2008) de los 10,953 casos reportados, 10,732 de ITS corresponden a mujeres y 221 corresponden a hombres, 191 casos son de adolescentes que comprenden las edades de los 10 a los 14 años de edad, 1,631 casos corresponden a adolescentes de edades entre los 15 y los 19 años de edad, sólo 40 de los casos corresponden a personas del sexo masculino, 6,195 casos corresponden a jóvenes de edades entre los 20 y los 34 años de edad, solo 134 de los casos corresponde a personas del sexo masculino. Las mujeres son las principales afectadas por las ITS al igual que adolescentes y jóvenes quienes reportan un total de 8,017 casos¹¹.

¹¹ CEDEHCA- Forum syd (Enero a Noviembre del 2008). "Defendiendo mis Derechos y Combatiendo la Discriminación ante el VIH y sida y las Infecciones de Transmisión Sexual" Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH y SIDA en la Región Autónoma del Atlántico Sur.

Ante esta situación y siguiendo recomendaciones de la Asamblea General de la ONU en agosto de 2006, Nicaragua ha planteado el Fortalecimiento del desarrollo de modelos de atención innovadores en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica y los municipios fronterizos con el fin de establecer la máxima correspondencia posible entre la actuación local del sector salud y las características de desarrollo político, demográfico, étnico y cultural de sus poblaciones, en cuanto a la salud sexual y reproductiva, tomando en consideración el desarrollo de su capital humano y de su infraestructura y tecnología, acordes con su realidad (MINSA; 2004).

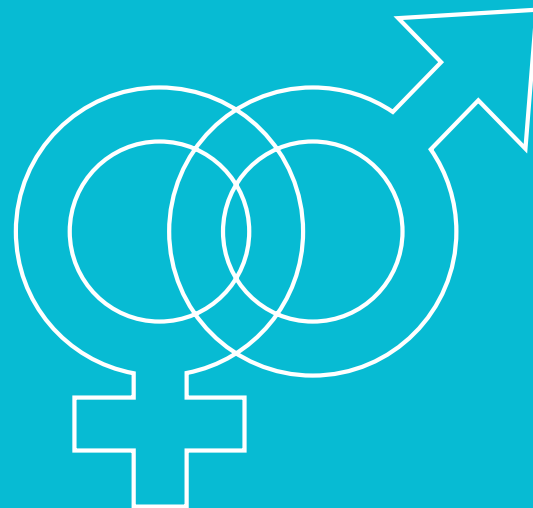
La formulación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Nicaragua surge, inicialmente, a partir de la idea de formular un "Programa Nacional de Salud Reproductiva". A partir de un consenso institucional y consulta interna se crea el "Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva" (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA 2008).

En las Regiones Autónomas se conformaron Comisiones de lucha contra el Sida y en algunas unidades de salud en las cabeceras municipales el MINSA cuenta con un trabajador de la salud para atender a las personas pacientes de VIH/Sida. Actualmente, se observa que los servicios de consejería en las unidades de salud en temas de SSR orientados a las y los adolescentes están limitados y son aún insuficientes. Igualmente, la consejería en los colegios públicos y privados es casi inexistente y los maestros no han sido debidamente capacitados. No existe una atención diferenciada¹².

Considerando lo anterior, esta investigación contribuye a ampliar la información sobre los temas de SSR en las comunidades indígenas y afrodescendientes de las Regiones Autónomas del Atlántico Nicaragüense. Esto desde una perspectiva intercultural de género, que incorpora además una perspectiva comparada inter-regional (RAAN y RAAS) a como una cobertura de todos los indígenas y afrodescendientes.

¹² Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Managua, Agosto 2008.

IV. Marco teórico y Enfoques transversales



1. Ejes transversales de análisis

Los siguientes enfoques son considerados centrales para analizar las construcciones de la sexualidad con una perspectiva de derechos e interculturalidad. Estos enfoques son:

- Interculturalidad.
- Derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos.
- Diversidad cultural.
- Empoderamiento.

Interculturalidad

En esta propuesta se entiende por interculturalidad un proceso social de interacción basado en el reconocimiento, validez intrínseca, respeto de las diferencias culturales y posibilidad de intercambio entre sujetos de contextos socioculturales diversos. La interculturalidad presta sus fundamentos teóricos tanto del relativismo cultural (no existe una verdad universal, sino que cada cultura y cada grupo construyen y validan sus verdades) como del universalismo (hay verdades que son válidas para todos; como los derechos humanos universales, por ejemplo) (Castro 2006; Bant Haver 2001).

Vista como un proceso de interacción, la interculturalidad remite a la acción y al diálogo donde los y las participantes amplían sus horizontes, pro-

mueven la comprensión, el aprendizaje, el respeto mutuo y la cooperación entre ellos/as (*Ibid.*)

Derechos

Un marco que integra las normas, estándares y principios —igualdad, equidad, rendición de cuentas, empoderamiento y participación— del sistema internacional de derechos humanos. Implica la no discriminación y la atención de los grupos considerados vulnerables, tomando en cuenta que no existe una definición única y universal de quiénes son vulnerables, por lo que un requerimiento básico es disponer de información desagregada que permita visibilizarlos/as en cada contexto específico.

Derechos sexuales y derechos reproductivos

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, la salud sexual y reproductiva, como componente integral de la salud, se reconoce como un derecho fundamental que incluye la integridad sexual, el derecho a elegir, la educación y el acceso a la atención de salud.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), se ratifican las resoluciones de El CAIRO, se incorpora la salud sexual y reproductiva de la adolescencia y se incluye la salud sexual y los derechos humanos de la mujer.

Se reconoce que los derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de los derechos humanos que toda persona, sin importar su sexo, color de piel, edad, orientación sexual,

religión, partido político tiene derecho a ejercer. Su finalidad es que el ser humano pueda disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente y sin discriminación, riesgo, amenaza, coerción y violencia en el campo de la sexualidad y reproducción.

Sin embargo, su ejercicio se encuentra limitado para muchas personas de todo el mundo a causa de factores como los escasos conocimientos sobre la sexualidad humana, la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada. María Jennie Dador (2007).

Enfoque generacional

Se trata de incluir activamente los procesos históricos y el ritmo de los cambios sociales y culturales relacionados con lo generacional. Generación alude a las condiciones históricas, políticas, sociales, tecnológicas y culturales de la época en que una nueva cohorte se incorpora a la sociedad. Cada generación se socializa en la época en que le toca nacer y vivir: internaliza los códigos de su tiempo y da cuenta del momento social y cultural en que cada cohorte ingresa a un sector social determinado. Estos procesos están mediados por ritos de paso o de iniciación (Solum Donas Burak, 2001).

En épocas de rápido cambio se hacen claramente visibles las diferencias entre generaciones, que dificultan la comunicación entre padres e hijos. El enfoque generacional no puede estar aislado de otros ejes como es el étnico-cultural y el socioeconómico y también por las culturas juveniles (Margulis, 2001). Es de notar que lo generacional en esta investigación tiene que ver con las personas adolescentes y jóvenes; sin embargo, el enfoque generacional permite ver las relaciones entre padres, hijas e hijos, o entre la generación de los padres y las hijas e hijos, así como las relaciones entre pares.

Enfoque de empoderamiento

Diferenciar los tipos de poder existentes es una herramienta para comprender los alcances del empoderamiento. La primera clase -el poder sobre- es un poder de suma cero, en el que el aumento de poder de una persona implica la pérdida de poder de otra; usualmente cuando se habla de “poder” se refiere a este tipo de poder. Los otros tres poderes -poder para, poder con y poder desde dentro- se definen como poder de suma positiva, debido a que el incremento de poder de una persona incrementa el poder total disponible.

Es a estos tres poderes que alude el empoderamiento, que se entiende como un proceso de superación de la desigualdad de género que conduce a lograr autonomía individual, a estimular la resistencia, la organización colectiva y la protesta mediante la movilización. El empoderamiento implica que las mujeres modifiquen la imagen de sí mismas y las creencias sobre sus derechos y capacidades y desafíen los sentimientos de “inferioridad”. Facilitar las condiciones que permitan o induzcan estos cambios es el papel de los agentes externos, lo que en el caso específico de esta sistematización incluye a todas las personas protagonistas vinculadas con la salud materna de las mujeres y en particular de las mujeres indígenas¹³.

2. Marco conceptual operativo

El marco conceptual operativo permite identificar los conceptos clave, vinculados con los enfoques transversales y categorías de análisis. Un marco conceptual posibilita: a) Un conocimiento común, entendible y comprensible a los y las investigadores/as, quienes tienen una base teórica y empírica; b) Desarrollar preguntas y establecer variables preliminares para la búsqueda de la información, es decir, generar categorías pre-establecidos.

El marco conceptual debe ser comprendido como una guía y como un punto de partida, que tendrá que ser contrastado con la realidad y con los diferentes significados y códigos provenientes de la cultura e interacciones sociales del contexto que se investiga.

¹³ www.fmujeresprogresistas.org/poder1.htm

Pueblos/poblaciones indígenas

La discusión de ser indígena ha tenido un carácter jurídico – político a favor de su reconocimiento. Haciendo un balance general los siguientes criterios destacan en las definiciones de ser indígena:

- Continuidad histórica.
- Auto identificación o pertenencia.
- Sentimiento de diferenciarse de otros pueblos no indígenas.
- Forman parte de los sectores no dominantes de la sociedad.
- Idioma materno e idioma hablado desde la niñez.

Género

Alude a los significados, valores sociales y culturales otorgados a las diferencias biológicas empíricamente observables entre los sexos. Cuando hablamos de las relaciones de género nos referimos a las maneras cómo las sociedades y culturas estructuran la interacción entre las categorías sociales de “hombre” y “mujer” en un marco de distribución de poder, prestigio, responsabilidades, tareas y beneficios (Bant Haver, 2001).

El análisis de género en el marco de la cosmovisión indígena cobra importancia debido a que el género también es un estratificador social en el modelo de determinantes sociales. El concepto de género hace referencia al modo en que la diferencia sexual es interpretada, procesada social y culturalmente en términos de una determinada concepción de la femineidad y de la masculinidad.

Esto nos permite ver que la diferencia entre lo femenino y lo masculino, así como el modo en que hombres y mujeres se relacionan entre sí, tienen como piso de formación todas las pautas y valores sociales y culturales que determinan su construcción. De esta manera, si los sexos son dos, la perspectiva de género puede reconocer múltiples formas de interpretarlos socialmente.

La adolescencia constituye una etapa en la cual las relaciones e identidades de género adquieren un lugar central, en tanto acompañan y cargan de significados a los acelerados cambios corporales que dan lugar al desarrollo del cuerpo adulto. Los adolescentes forman parte de una sociedad que produce y transmite expectativas diferentes para hombres y mujeres, que se traducen en diferentes posibilidades laborales, distribución de tareas en la familia, posibilidades de autonomía (Faur; 2003. Citado en UNFPA; 2005): Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe.

Sexualidad

Es una construcción histórica que reúne una variedad de posibilidades biológicas y mentales diferentes, identidad de género, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos, fantasías; cuya vinculación entre sí depende de cada contexto cultural (Weeks 1986. Citado en Amuchástegui 2001).

Salud sexual

Salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, para enriquecer y mejorar su personalidad, su capacidad de comunicación con otras personas y su capacidad de amar. La noción de salud sexual implica un abordaje positivo de la sexualidad humana, a través de la cual los cuidados con la salud sexual, engloban la mejoría de la vida y de las relaciones interpersonales y no apenas orientación y cuidados relacionados con la procreación y la adquisición de las infecciones sexualmente transmisibles. Los tres elementos básicos de la salud sexual son: 1. Tener la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con la ética social y personal. 2. Estar libre del miedo, de la vergüenza, de la culpa, de las creencias falsas y de otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y perjudican las relaciones sexuales. 3. Estar libre de problemas orgánicos, de las enfermedades y dificultades que interfieren con las funciones sexuales y reproductivas (REPROLATINA; 2004).

Salud reproductiva

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; de procrear, y la libertad para decidir ha-

cerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y la planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Documento de Trabajo, CIDES UMSA; 2009).

En los sistemas tradicionales de salud de pueblos indígenas, los eventos del ciclo reproductivo desde la menarquía hasta la menopausia, el embarazo, el parto y el postparto no son vistos como enfermedades y quizá por ésta razón no se encuentran vinculadas directamente con los procesos de salud-enfermedad. Al ser eventos naturales están vinculados con el mundo natural, social y espiritual. Por ello a la salud reproductiva se encuentran asociadas normativas o reglas sociales de parentesco (matrimonio, pareja, hijos) y rituales o creencias (protección contra el mal, designios). En consecuencia, la salud reproductiva también puede estar permeada por tabúes y normativas que muchas veces inhiben la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (OPS; 2010).

Adolescencia y juventud

Sociológicamente, la adolescencia es “el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma” (Muuss 2003). Se define, por ende, en el marco de la dicotomía existente entre la niñez y la adultez, dicotomía que de manera general se traduce en dos modalidades de acondicionamiento cultural: continuidad vs. discontinuidad: “El hecho de que los papeles sexuales contrastantes del niño y del adulto sean experimentados como continuos o discontinuos no depende de la madurez fisiológica, sino de instituciones sociales y experiencias culturales, puesto que son ellas las que encauzan y alteran la influencia de los factores fisiológicos” (Muuss 2003). Según la antropóloga Ruth Benedict (1954), la transición de la dependencia infantil a la independencia adulta “se produce de diferentes maneras en distintas culturas, de modo que ninguna de ellas puede ser considerada como natural y universal” (cita en Muuss 2003).

La OMS define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad. Con frecuencia, la definición de “adolescencia” y “estado adulto” varía de una cultura a otra.

Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y en consecuencia por las distintas necesidades y percepciones, se ha convenido en subdividir el grupo 10 a 19 años en los subgrupos 10 a 13 (adolescencia temprana), 14 a 16 (adolescencia media) y de 17 a 19 (adolescencia tardía). Juventud es el término para las personas de 20 a 24 años. Una corta explicación de cada uno de estos subgrupos se da a continuación:

Es importante también diferenciar el concepto de adolescencia y de juventud, conceptos que a veces son utilizados indistintamente, lo cual tiene profundas implicaciones políticas y legales. Según Pierre Bourdieu la juventud “no sería más que una palabra”: creación social para definir un período etario que debiera cumplir, en nuestra época, con ciertas expectativas, pero que no siempre ha sido tratado como un actor social tematizable. La juventud emerge históricamente como un actor social, o como “un grupo de agentes” posibles de analizar y tematizar, en el momento en que la mayoría tiene acceso a la enseñanza y se enmarca de esta forma en un proceso de “moratoria de responsabilidades”, que en épocas anteriores no se daba. El joven vive así un estatus temporal en que “no es ni niño, ni adulto” (ORAS –CONHU 2009)

Algunos autores cuestionan estas categorías para identificar etapas de la vida en los miembros de los pueblos indígenas por entender que se trata de una categoría occidental y culturalmente inadecuada para comprender la transición entre la niñez y la adultez en los pueblos indígenas (Crocket y Petersen 1993, citado en Pedrero, 2010). Es probable que existan bases válidas para cuestionar la validez de los conceptos de adolescencia y juventud desde la perspectiva de pueblos indígenas, vinculadas a razones de postergación estructural en la que viven; pero es necesario ponerlo además en perspectiva y considerar que la presente cohorte de adolescentes y jóvenes, han vivido su existencia en un contexto globalizado y con diálogos culturales más abiertos que en el pasado.

Cultura

Concebida como un campo de relaciones entre sujetos, lo que posibilita un acercamiento a la interculturalidad. En este sentido, Villoro (1998) menciona que:

Así la cultura puede verse como un modo propio del ser humano de relacionarse con el mundo (con la naturaleza, con los demás, consigo mismo, con formas de mirar, de sentir, de expresarnos, de actuar y de evaluar).

“Cultura no es un objeto entre otros, es un conjunto de relaciones posibles entre ciertos sujetos y su mundo circundante. Está constituida por creencias comunes a una colectividad de hombres y mujeres; valoraciones compartidas por ellos, formas de vida semejantes, comportamientos, costumbres y reglas de conducta parecidos. No son exactamente iguales en todos los individuos, pero presentan rasgos de familia semejantes; son intersubjetivos. Esas disposiciones dan lugar a un mundo propio constituida por una red de objetos (artefactos, obras de consumo o de disfrute) de estructura de relación conforme a reglas (instituciones, rituales, juegos) animado por un sistema significativo común (lengua, mito, formas artísticas)” (Villoro, 1998).

Los ritos de pasaje

Van Gennep (1986), los describe como el paso de una posición social a otra relacionada con la edad. Pueden clasificarse como:

- a) Ritos de imposición de nombre, que indican la transición del estado de no persona al de persona, de individuo ajeno a la comunidad, a miembro de la sociedad.
- b) Ritos de iniciación, que marcan la transición de un estatus a otro, en especial de la infancia a la adultez.
- c) Ritos de matrimonio, que señalan la transición de la soltería a la vida conyugal.

- d) Ritos fúnebres, que marcan la transición de persona a ancestro, del mundo actual al más allá.

Parentesco / familia/ matrimonio

Sistemas de organización social que cumplen funciones de orden económica, política, religiosa y de socialización. Son los espacios de aprendizaje de valores y prácticas normativas. En algunas sociedades, estos sistemas son fundamentales para comprender su cultura y organización social. Las redes sociales y los procesos de toma de decisiones se pueden rastrear a partir de estos sistemas. Gómez Pellón (2010).

V. Abordaje metodológico



El estudio se organizó por fases que iniciaron con el desarrollo de la propuesta y el protocolo de investigación, pasando por la realización del estudio en las comunidades indígenas y afrodescendientes, hasta la presentación del presente informe. Este proceso se llevó a cabo desde agosto hasta el 15 de diciembre de 2013.

La investigación tuvo un abordaje cualitativo, de carácter descriptivo, analítico y reflexivo. La investigación tuvo un carácter sincrónico y empírico, es decir, se plantearon hallazgos relevantes a partir de lo que narra la gente sujetos, en comunidades seleccionadas al momento de hacer preguntas y dialogar sobre sus percepciones, valoraciones y experiencias respecto a la SSR. Sin embargo, para contextualizar los hallazgos en un contexto más amplio se analizaron las dinámicas sociales y culturales que pueden influenciar las percepciones, valoraciones y experiencias. Así mismo, se complementó la información empírica con el análisis de fuentes secundarias levantadas para esta investigación.

1. Sujetos participantes

Para la recolección de la información se llevaron a cabo grupos focales con adolescentes y jóvenes, de acuerdo con la edad, además de otros según roles sociales; asimismo se condujeron entrevistas a padres de familia y otros informantes claves de las comunidades.

A priori se estableció una muestra mínima (utilizada en otras investigaciones¹⁴) para definir el número de participantes. Se contó con criterios mínimos de inclusión y exclusión para la selección de las personas entrevistadas. El siguiente cuadro ordena los sujetos participantes, el número de participantes, la metodología de abordaje y criterios de inclusión y exclusión.

¹⁴ Investigaciones cualitativas de esta naturaleza, entre las que caben mencionar: UNFPA/FCI Bolivia (2008). La Salud Sexual y Reproductiva de las Poblaciones Indígenas de Bolivia, Tierras Bajas, Valles y Altiplano; OPS/Universidad Autónoma de Madrid (2010). Salud Sexual y Reproductiva y VIH de los Jóvenes Adolescentes Indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. Washington-Madrid. Organización Panamericana de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid.

Cuadro No. 1 . Sujetos participantes , metodología aplicada y criterios de inclusión y exclusión

Sujetos	Número de participantes	Metodología y cantidad realizada	Criterios	
			Inclusión	Exclusión
Adolescentes (10-14 años).	52	5 Grupos focales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En la edad. ➤ Mixto. ➤ Vive en la comunidad. ➤ Acepta participar. ➤ Autorizado por sus padres . 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <14 años. ➤ No vive de forma permanente en la comunidad. ➤ No acepta participar. ➤ No es autorizados por sus padres.
Adolescentes (15-19 años).	41	5 Grupos focales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos los criterios anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <19 años. ➤ Todos los criterios anteriores.
Jóvenes (20-24 años).	30	4 Grupos focales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En la edad. ➤ Mixto ➤ No siempre vive en la comunidad. ➤ Acepta participar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <24 años. ➤ No acepta participar.
Redes sociales (profesores, salubristas, sacerdotes o pastores, otros).	13	2 Grupos focales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene un estatus similar a los otros integrantes del grupo. ➤ Sin vínculo de parentesco con algún adolescente o joven entrevistado/a. ➤ Voluntad de participar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cargos jerárquicos. ➤ Vínculo de parentesco con algún adolescente o joven entrevistado/a. ➤ No acepta participar.
Padres y madres de familia	9	1 grupo focal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hijos/as. ➤ Vive en la comunidad. ➤ Voluntad de participar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No acepta participar.
Redes familiares (abuelos/as, padres/madres, hermanos/as, parientes)	11	Entrevistas abiertas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vínculo de parentesco ➤ Voluntad de participar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No acepta participar.
Actores claves (Autoridades tradicionales, especialistas tradicionales, autoridades no tradicionales)	29	Entrevistas abiertas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Voluntad de participar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No acepta participar.
Relatos /historia (Adolescente o joven con una vivencia significativa en temas de VIH/Sida, ITS, Violencia sexual.	3	Entrevista en profundidad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que deseen compartir su historia. ➤ Que no se encuentren recluidos en clínicas o etapa terminal. ➤ Que autorice el uso de la historia con garantías de privacidad y confiabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Que no desee contar su historia.

Fuente: Documento Protocolo de Investigación, Noviembre 2013.

Los grupos focales desarrollados fueron con los adolescentes y jóvenes, agrupados entre las edades de 10 a 14 años, de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, con padres de familias y con las redes sociales. En este proceso la dinámica fundamental fue un conversatorio a través de guías de preguntas (Anexo No. 2).

También se realizaron entrevistas a miembros de las redes familiares y actores claves de las comunidades (Anexo no. 3), visitando las casas de las personas entrevistadas, puesto de salud, colegios y casa pastoral, entre otros. Las entrevistas y grupos focales fueron llevados a cabo en pareja: facilitador/a y anotador/a.

El siguiente cuadro refleja los instrumentos aplicados por grupo de personas y por comunidad:

Cuadro No. 2 . Instrumentos aplicados por grupo de personas y comunidad

No.	Instrumentos	Comunidades y cantidad de participantes					Totales
	Grupos focales	Punta Fría	Orinoco	Wasakín	Bilwaskarma	Rama Cay	
1	Adolescentes de 10-14 años	6	14	12	10	10	52
2	Adolescentes de 15-18	8	8	11	8	6	41
3	Jóvenes de 19-20		8	8	8	6	30
4	Redes sociales				8	5	13
	Padres y madres				9		9
	Entrevistas						
5	Líderes comunitarias/os			2	1	2	5
6	Mujeres Rama					1	1
7	Enfermero/a		2	1		1	4
8	Relato (joven)		1		1	1	3
9	Pastor			1		1	2
10	Profesores Bilingüe	2	3	1	1	1	8
11	Parteras		2	2	2		6
12	Médicos tradicionales		2				2
13	Líder de cultura					1	1
14	Padres y madres		4	1	1	3	9
	Total	16	44	39	49	37	185

Fuente: Documento Protocolo de Investigación, Noviembre 2013.

2. Categorías y subcategorías de análisis

A partir de las preguntas y objetivos de la investigación se construyeron categorías y sub categorías apriorísticamente. De acuerdo con la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (1986), estas categorías “construidas” se pudieron contrastar a partir de categorías “en vivo” o “lo dicho” por las personas. Se entendieron aquí por categorías, los conceptos que definieron a una determinada situación. Por ejemplo, “Ser adolescente”, “Sexualidad”, “VIH”, “Violencia”, “Derechos”, entre otras. A partir de las categorías construidas, se propusieron preguntas iniciales para los/as diferentes sujetos. Estas preguntas se adecuaron a las diferentes metodologías (grupos focales, entrevistas abiertas, relato y observación).

Cuadro No. 3. Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas

Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías
<p>Analizar qué significa para los/as adolescentes y jóvenes la SSR, si es igual para todos/as y qué grado de información es el que tienen.</p> <p>Observar hasta qué punto las situaciones como las ITS, VIH/Sida y violencia sexual es para los/as adolescentes y jóvenes son parte de sus preocupaciones y cotidianidad.</p>	<p>Concepto sobre SSR.</p> <p>Criterios sobre ITS, VIH/Sida, Violencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percepciones. ➤ Valoraciones. ➤ Información. ➤ Percepciones. ➤ Valoración del riesgo. ➤ Necesidad de tomar medidas de prevención.
<p>Caracterizar las construcciones que los/as adolescentes tienen de ser joven y adolescente.</p> <p>Considerar el rol que juega la construcción de género en las decisiones en torno a SSR.</p> <p>Analizar la influencia de redes sociales y familiares en las motivaciones y decisiones para la prevención, atención y cuidados SSR (ITS, VIH/Sida, violencia sexual).</p>	<p>Identidad del adolescente y joven.</p> <p>Rol de género.</p> <p>Mapeo de las redes sociales.</p> <p>Rol de las redes familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concepciones. ➤ Implicancias. ➤ Rol en las decisiones para la prevención, atención y cuidados. ➤ Presencia de instituciones tradicionales, no tradicionales y otros/as actores. ➤ Redes de apoyo e influencia. ➤ Rol de la red familiar en las decisiones para la prevención, atención y cuidados.
<p>Describir las prácticas y las rutas que siguen los/as adolescentes y jóvenes frente a una ITS, VIH/Sida y violencia sexual.</p> <p>Analizar el acceso que tienen los adolescentes al conocimiento y ejercicio de sus derechos SSR.</p> <p>Caracterizar el acceso, participación y satisfacción que tiene los/as adolescentes y jóvenes en los programas y políticas sobre SSR e interculturalidad.</p>	<p>Prácticas y rutas</p> <p>Derechos SSR</p> <p>Conocimiento y ejercicio.</p> <p>Modelos de programas de SSR adecuados culturalmente a adolescentes y jóvenes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso de la información, consejos. ➤ Rutas que siguen: prioridad y frecuencia ➤ Instancias de promoción, divulgación, educación. ➤ Mecanismos formales e informales para el ejercicio. ➤ Valoraciones sobre el acceso, participación y satisfacción.

Fuente: Documento Protocolo de Investigación, Noviembre 2013.

3. Procedimiento y abordaje

Se respetaron criterios y guías, para todo el proceso de la investigación y en el abordaje a los sujetos participantes se procedió a:

- Obtener su consentimiento.
- Garantizar un espacio de privacidad durante la conversación.
- Cuidar de respetar y no transgredir normas culturales de interacción (Trato, cortesía).

- Contar con autorización escrita de uso de grabaciones, fotografías y uso del lenguaje.
- Respetar los silencios, miedos o temores para hablar.
- Suspender la entrevista o grupo en caso que las preguntas o recuerdos lleven a un conflicto a la persona.

Para el trabajo de campo se siguieron los siguientes pasos:

- Distribución de guías y organización del trabajo en equipo.
- Cada investigador/a se responsabilizó por estudiar y conocer bien la guía de manera que le pudo dar un uso flexible a la misma.
- Los investigadores se sensibilizaron previamente para no cambiar el sentido de las preguntas, especialmente al traducir (evitar sesgos y preguntas tendenciosas).
- Todo el equipo se presentó ante las autoridades de cada comunidad (una persona fue la responsable de coordinar el grupo).
- Todos los investigadores aplicaron las diferentes metodologías con fines de aprendizaje.
- Todos los investigadores hicieron el registro de observaciones.
- No hubo horarios en el campo, las guías se aplicaron de acuerdo a las condiciones del lugar y disponibilidad de las personas.
- El equipo se reunía al final de la jornada para discutir los hallazgos del día, e identificarlos en papelógrafos; un/a investigador dirigía la discusión y otro/a hacía las anotaciones.

4. Tratamiento ético

La información sobre SSR es muy sensible y fue necesario tener el mayor cuidado posible para mantener la confidencialidad tanto en el abordaje de la investigación como en proceso de análisis o presentación de resultados. En todo momento se obtuvo una decisión informada, que al mismo

tiempo estimuló la toma de decisiones para aceptar o no la investigación o que fueran grabadas las entrevistas.

Antes de iniciar la aplicación de cada guía, las personas entrevistadas conocieron los objetivos, el procedimiento y los usos de la investigación. Verbalmente se solicitó a las personas participantes dar a conocer su decisión de participar o no en las entrevistas grupales e individuales. Para asegurar este procedimiento cada guía de preguntas tenía como introducción declaraciones sobre la investigación, además de contener una pregunta de aceptación o no de la entrevista (Anexo No. 4).

Los investigadores presentaron un reporte escrito de los procedimientos éticos utilizados, identificando dilemas y decisiones tomadas al respecto. Se analizó la posibilidad de que en caso que el investigador sintiera dudas para garantizar la confidencialidad de la entrevista, debía suspender la realización de la misma y discutir con el equipo los procedimientos a seguir.

Para las fotografías, grabaciones y uso del lenguaje local o vocabulario considerado por la comunidad como parte de su patrimonio, se solicitó permiso con una forma de consentimiento específico. (Anexo No. 5)

5. Lugares de investigación

Como se mencionó, la investigación se llevó a cabo en las comunidades de los cinco pueblos indígenas descritos. Se usó este criterio “comunidad”, tomando en cuenta que el estudio intentó abordar las influencias socioculturales del entorno en la SSR de las personas adolescentes y jóvenes. La comunidad es definida aquí como un grupo social relativamente autónomo (política y económicamente) y homogéneo culturalmente. La familia (redes de parientes) es la base fundamental de la comunidad y sus formas de residencia y matrimonio varían de acuerdo con el contexto cultural. Por lo general pertenecen a una identidad mayor como la de Pueblo indígenas (X. Albó 1986).

Por tanto fue fundamental en la investigación identificar datos relacionados con la organización socio económica y cultural, así cómo esta interactúa con otros aspectos fundamentales de la vida de las personas en la comunidad. Así mismo se tomaron en cuenta las influencias culturales relativas a la cosmovisión, normas y valores.

6. Manejo de datos

Los investigadores realizaron el registro de los datos a través de notas de campo, codificadas y numeradas para evitar toda referencia a la identidad de los informantes (Anexo 6). Este método se utilizó durante el trabajo de campo para registrar notas sobre el contexto, reflexiones de los investigadores y la anotación textual del lenguaje verbal y no verbal en las interacciones.

Los investigadores fueron responsables de la transcripción de sus propias notas de campo. Cada investigador fue responsable de la salvaguarda de sus propios cuadernos de campo. Para este proceso se realizaron talleres de formación del equipo, como también debates relativos a la gestión de datos, confidencialidad y anonimato.

- La “confidencialidad” se refiere a que la información fue compartida sólo entre el informante y el/a investigador/a. Estos datos no poden ser divulgados o utilizados en otras publicaciones.

- El “anonimato” se refiere a los datos que los informantes estuvieron de acuerdo para compartir y/o publicar, pero sin difundir sus nombres.

Los registros de campo, transcripciones, sentimientos, fotografías y otros permanecen en un lugar destinado por la URACCAN y bajo responsabilidad de la Coordinación nacional. Se sugirió que se sacaran fotocopias de todo el material de campo para entregar a cada investigador de manera que tuviera la libertad de revisar los datos cada vez que lo requirieran.

7. Procesamiento de la información

Para la información proveniente de los grupos focales se contó con matrices para el vaciado de la información. Estas matrices permitieron la identificación de patrones y particularidades en los comportamientos, percepciones y valoraciones de los sujetos. Las matrices utilizadas en el procesamiento de la información fueron las siguientes:

1. Matriz para vaciado de la información de grupos focales (Anexo No. 7).

2. Matriz para el análisis de cada grupo focal por cada categoría o tópico (Anexo No. 8).
3. Matriz para vaciar información de las entrevistas (Anexo No. 9).
4. Matriz para el consolidado de entrevistas (Anexo No. 10).

Compartimos una matriz de vaciado de información de grupo focal (Anexo No. 11) para que se pueda apreciar la utilidad de las mismas en el procesamiento de la información. Para las entrevistas abiertas y en profundidad (Anexo No. 12) el análisis de los datos se basó en los registros de campo realizados al momento de las entrevistas y anotados en libretas de campo de los investigadores y en las grabaciones. La información proveniente de los diarios de campo fue transcrita por cada investigador en formatos que contextualizaron la entrevista con el día, hora y lugar y con descripciones generales del contexto en el que se desarrolló la entrevista.

Para las entrevistas abiertas, estos resúmenes o memorándums fueron discutidos en el equipo para identificar las categorías en las que debió centrarse el análisis. Para las entrevistas en profundidad se privilegió en un primer momento la singularidad y la particularidad de cada historia relatada, intentando ser fieles a una de las premisas fundamentales del enfoque biográfico (Pujadas, 1992). En este sentido, se planteó una lógica singular, intra-caso, en la que se analizó y trabajó en profundidad cada historia relatada. La idea fue poder llegar a una historia reconstruida, a partir del análisis de la escucha de la historia y de los principales hitos biográficos que constituyen la vida del narrador.

En un segundo momento en el caso de las historias, se adoptó una lógica transversal, inter-caso, que permitió, a partir de ciertas continuidades y discontinuidades de la fase singular, determinar ejes temáticos-analíticos relevantes y transversales, que abordaron el fenómeno en estudio. A partir de estos ejes temáticos-analíticos, se volvieron a analizar todas las entrevistas, desde la óptica de la transversalidad que las recorrió en su conjunto.

Se dejó abierta la posibilidad de grabar las entrevistas abiertas y los grupos focales con la finalidad de complementar las notas de campo y no para hacer transcripciones detalladas de las mismas. En tanto que los relatos ameritaron de una trans-

cripción textual para proceder a su organización de acuerdo a los sentidos que el narrador expuso.

En todo caso, las grabaciones dependieron de la aceptación de la gente entrevistada, de lo contrario, los investigadores estaban capacitados para el registro en detalle de las informaciones verbales y no verbales.

Es importante señalar finalmente respecto al análisis de los datos cualitativos que fue siempre necesario adoptar lógicas y métodos de análisis flexibles en función, por un lado, del tipo de resultados que se deseaban obtener, y por otro, considerando que el objeto de estudio fue quien mandó, esto es que los métodos de análisis pudieron adaptarse a los sujetos.

8. Triangulación de la información

La triangulación se realizó una vez que fue concluido el trabajo de recopilación y procesamiento de la información. El procedimiento práctico para efectuarla pasó por los siguientes pasos:

1. Se seleccionó la información obtenida en el trabajo de campo.
2. Se trianguló la información por cada grupo o estamento (Anexo No. 13).
3. Se trianguló la información entre todos los grupos investigados (Anexo No. 14).
4. Se trianguló la información con los datos obtenidos mediante los otros instrumentos.
5. Se trianguló la información con el marco teórico (marco conceptual).

Una vez concluidos los pasos de la triangulación, se identificaron los hallazgos y se realizó la “interpretación de la información”. La interpretación fue el ejercicio final de discutir los hallazgos frente a las posturas de las disciplinas o de las políticas y los programas de SSR.

9. Informe final

Una vez culminado el proceso anterior, se estableció un índice o contenidos. Este índice debió

además considerar un análisis comparativo entre los lugares de investigación para establecer similitudes o particularidades que emergieron en el estudio.

Se identificaron las audiencias para definir el estilo y propósito del informe. En todo caso, se tuvo que considerar la realización de un informe para las comunidades que fuera adecuado y útil.

La validación de la información se realizó en taller de actores previo al desarrollo del informe, que incluyó la participación de las personas de las comunidades seleccionadas y tomadoras de decisión a nivel local, regional y nacional (Anexo No. 1). Esta validación apuntó también a recoger otras recomendaciones que contribuyeran a fortalecer las políticas públicas e intervenciones programáticas en relación a la prevención y atención de la SSR de los adolescentes y jóvenes indígenas y afrodescendientes.



Participantes en el taller de validación.

10. Experiencias y aprendizajes desde el trabajo de campo

El trabajo de campo generó en el equipo de investigadores aprendizajes provenientes de la interacción, que se consideran interesantes para tomarlos en cuenta por ejemplo:

- Entregar carta de consentimiento para que las autoridades comunales autoricen la investigación con un mínimo tres días de anticipación a la visita, dado que estas autoridades tienen entre sus normas reunirse y analizar la solicitud realizada.

- Utilizar los términos de gobiernos indígenas adecuados: comunal, territorial o regional, para eso antes de enviar algún documento se debe indagar bien a qué tipo de gobierno dirigirse, para que el documento no sea devuelto y el permiso denegado.
- La negociación con las autoridades de los gobiernos indígenas es necesaria y primordial, para el trabajo de investigación; los investigadores deben dirigirse a ellos/ellas antes de iniciar cualquier actividad, como muestra de respeto.

Tomando en cuenta que los investigadores fueron indígenas, la investigación, implicó una serie de reflexiones y cuestionamientos para los mismos: “El aprendizaje de uno no se determina con la cantidad de palabras que escribe, si no con la voluntad y el pensamiento propio de sí mismo”¹⁵.

Para cada uno de nosotros como investigadores es una lección aprendida en la vida, no sólo en la parte de la comunicación con actores que proporcionan o que brindan con gentileza todas las informaciones de manera abierta o exhaustivamente; aunque para uno no es tan fácil pensar en una investigación de este modelo, que considera una investigación al modelo epistemológico y cosmológico, siendo la diferencia del modelo de investigación de pregrado de las universidades para optar a un título de una carrera. Sin embargo, esta metodología utilizada durante el transcurso de la investigación es una metodología que proporciona mayor conocimiento de manera constructiva a una enseñanza y aprendizaje significativo para la vida, fortaleciendo la habilidad y destreza, en la capacidad de la investigación, caracterizando nuevas paradigmas de conocimiento en el futuro¹⁶.

11. Alcances y limitaciones

La investigación llevada a cabo por investigadores e investigadoras que son de las comunidades y se identifican como indígenas y afrodescendientes, es un aporte en sí mismo. A partir del diálogo y la reflexión se posibilita una dinámica de un conocimiento reflexivo dado por un ir y venir desde la cultura propia y de otras culturas no propias.

Los temas aquí abordados relacionados con la sexualidad, la cosmovisión y las normas y valores sociales, no son temas fácilmente abordables en una investigación de corto tiempo. Sin embargo, fue una ventaja contar con los investigadores y con una institución como la URACCAN, ampliamente reconocida en los lugares de estudio.

Dentro de las limitaciones, además del escaso tiempo, se tiene que tomar en cuenta la diversidad en los análisis e interpretaciones de cada investigador/a, respetando la autoría de cada uno. El reto fue tener un informe global, tratando de armonizar los diferentes saberes. Otras limitaciones estuvieron vinculadas con los procesos de negociación con autoridades en determinadas comunidades.

La comunidad de Wasakín fue una comunidad donde los investigadores tuvieron que hacer un gran trabajo de negociación para iniciar el estudio, se tuvo la siguiente experiencia: “Al comienzo hubo resistencia de ciertas personas en contra del estudio justificando que han sido engañados por muchos investigadores, ya sean del Gobierno, ONG y proyectos. Manifiestan que han permitido realizar investigaciones en su comunidad; sin embargo, no hay ningún resultado, mucho menos beneficio para la comunidad, además no les toman en cuenta a los profesionales locales por lo tanto no quieren saber nada de otro estudio”. Sin embargo, visitando y dialogando con otras personas comunitarias, reverendo y pastores que tienen credibilidad, se logró reunir los grupos focales de los adolescentes y jóvenes, y las entrevistas con las redes sociales. De esa manera se logró la aplicación del estudio en Wasakín”¹⁷.

¹⁵ Selvano Hogdson. Investigador rama, Diciembre, 2013.

¹⁶ Fidel Wilson, investigador miskitu, Diciembre 2013.

¹⁷ Palabras de Orlando Salomón. Investigador de la comunidad de Wasakín, Diciembre 2013.

VI. Principales hallazgos de la investigación



1. Valoraciones y representaciones sobre la SSR (ITS, VIH/ SIDA, embarazo en adolescentes y violencia sexual)

a) La perspectiva de las adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres

• Concepto, percepciones y valoraciones sobre SSR

► Los adolescentes asocian la Salud Sexual y Reproductiva con los siguientes temas:

- Noviazgo, casarse y reproducirse.
- ITS y VIH/Sida.
- Relaciones sexuales.
- Embarazo.

Aunque hay familiaridad en estos temas, la mayoría desconoce que éstos son parte de la SSR.

La percepción que predomina entre adolescentes y jóvenes es que los padres no aconsejan y no hablan con sus hijos sobre cómo cuidarse y proteger su cuerpo u otros temas de SSR. La ausencia de comunicación en la familia incide en que las muchachas y muchachos estén desinformados. Por el contrario, predomina una percepción negativa muy vinculada con la influencia religiosa en la mayoría

de las comunidades. Por eso mencionan que “están en maldades por eso se embarazan a temprana edad”.¹⁸ En algunas familias se ejerce presión para que no se platique de algunos temas, “los padres de familia prohíben hablar sobre SSR, y esto es visto como una forma de manipulación para prevenir los pensamientos de las relaciones sexuales”¹⁹.

Se refirieron pocos casos en los que hay alguna información de las madres hacia las hijas sobre cómo cuidarse en caso de una relación sexual. Principalmente la referencia fue hecha con las madres de la RAAS.

• Prácticas sobre ITS, VIH/Sida, embarazo adolescente, violencia

Las relaciones sexuales de algunas y algunos adolescentes comienzan a muy temprana edad, a partir de los 10 años en comunidades indígenas de la RAAN y a partir de los 13 años en comunidades afrodescendientes de la RAAS. Exponiéndose a quedar embarazadas, por desconocer, en la mayoría de ellas cómo prevenir los embarazos.²⁰

En algunas comunidades indígenas de la RAAN, los adolescentes hombres no usa el condón cuando tienen relaciones sexuales con sus parejas; sin embargo, cuando ellos van a buscar los servicios de las trabajadoras sexuales fuera de

¹⁸ Adolescente mujer, indígena de 16 años, RAAN.

¹⁹ Adolescente mujer, afrodescendiente 17 años, RAAS.

²⁰ Estos hallazgos confirman lo mencionado por Cunningham (2010) y el estudio del UNFPA (2013).

la comunidad, sí usan condón para la prevención de ITS. Las personas jóvenes de las comunidades afrodescendientes de RAAS mantienen relaciones con varias mujeres, sin protección²¹. esta práctica ha favorecido una alta prevalencia ITS (Iskadura o blubus) como Sífilis- Gonorrea, conocida como el chancro²².

El grado de conocimiento que tienen las personas jóvenes y adolescentes de la comunidad indígenas sobre el VIH/Sida (Siknis Saura) es más amplio, sin embargo piensan que es una “enfermedad mortal”, que no tiene cura. Conocen que se adquiere por medio de las relaciones sexuales, entre otros formas de infectarse.

El embarazo en adolescentes, no es aceptado en las comunidades de estudio. Las adolescentes perciben que hay discriminación a las muchachas que se embarazan, y por eso acuden a ocultar el embarazo. “Las muchachas cuando se da cuenta que está embarazada se amarra la barriga para que no se le note”.²³ Antes de esto las amigas les aconsejan abortar y acuden a la medicina tradicional para hacerlo. Otras adolescentes opinan que en caso de salir embarazada es un deber tener el hijo: “ni modo hay que parir”.²⁴

“Yo empecé a ser rebelde en la secundaria, bebía y me endrogaba con mis amigos malos (Painiki Saura nani), cuando salí embarazada yo no creía, pensé que era una infección ya que me salía líquido de mi vagina, mis padres ya sospechaban; pero yo no asimilaba el embarazo, cuando mis padres se dieron cuenta que estaba embarazada me trataron, no me pegaron, la toma de decisión de mis padres es casarme con el muchacho, dejé de estudiar y ahora me toca cuidar a mi hijo y buscar el buen camino para darle a mi hijo una vida.

Los embarazos en las adolescentes han tenido como consecuencias el abandono escolar en las comunidades indígenas y afrodescendientes, las adolescentes tienen que iniciar una vida de madres muy jóvenes, dejando de asistir a la escuela para asumir su nueva responsabilidad.

En algunas comunidades las madres de familia, permiten la violencia física y la violencia sexual en sus familias. “Algunas madres dejan que los padrastrós abusen de sus hijas para que sus compañeros de vida no las dejen²⁵ a ellas. Estas relaciones de incesto, hacen que las adolescentes y jóvenes vivan en un ambiente de abusos sexuales constantes.

• Identidad del adolescente y joven: concepciones, implicancias

En las comunidades indígenas y afrodescendientes del estudio, la definición de adolescencia no se determina por la edad cronológica en las mujeres ni en los hombres, ésta se relaciona con su desempeño, conducta y cualidades. Un elemento importante que estiman es la actitud hacia el trabajo, los adolescentes deben mostrar que pueden ser muy trabajadores²⁶. Así, como parte de su cosmovisión se considera que los adolescentes pueden formar parejas cuando logran desarrollar algunas habilidades para realizar tareas relativas al ámbito doméstico; los hombres al demostrar que puede realizar trabajos como “cargar una gran carga y la mujer jala (busca y lleva) agua en un balde grande para demostrar que ya pueden enfrentar las responsabilidades de un hogar”.²⁷

Las mujeres para que se les considere adolescentes deben tener “mayor respeto en su forma de actuar, la forma de llevar su vestuario debe ser faldas largas, blusas cerradas y pelo largo”.

Los adolescentes, mujeres y hombres, consideran que los jóvenes son los que tienen 19 a 25 años de edad y los jóvenes expresaron que las edades están determinados de acuerdo a las normas de la familia: “en mi familia las mujeres deben tener 20 años y hombres 27 años” para casarse.

Los jóvenes y adolescentes afrodescendientes, mujeres y hombres, no se perciben como diferentes de otros adolescentes de otros grupos étnicos en cuanto a identidad, aunque existen ciertos patrones de cultura como el lenguaje que los mantiene identificados con su propio grupo.

²¹ Joven masculino de 22 años de comunidad afrodescendiente, en Grupo focal, RAAS.

²² Mujer indígena de grupo focal de Redes, RAAN.

²³ Joven indígena de Grupo focal de 15 a 19 años, RAAN.

²⁴ Frase dicha por una joven de 17 años de comunidad afrodescendientes, en un Grupo focal, RAAS.

²⁵ Adolescente femenina 17 años, comunidad miskitu, RAAN.

²⁶ En Nicaragua la Ley No. 287, Código de la Niñez y la Adolescencia (Código de la Niñez y la Adolescencia, (La Gaceta, diario oficial, 1998) en su Art.2 considera como niña y niño a los que no hubiesen cumplido los 13 años de edad, y adolescentes a los que se encuentren entre los 13 y 18 años de edad, no cumplidos.

²⁷ Mujer indígena, en grupo focal, RAAN.

En miskito se les llama *Wahma Kura an tiara Kura* que significa joven tierno. En su cosmovisión las primeras relaciones son producto de un Silka, un hechizo o embrujo (OPS 2010).

b) La perspectiva de las madres, padres y actores locales

• Prácticas sobre ITS, VIH/Sida, embarazo en adolescentes, violencia

Las personas adultas piensan que las mujeres y hombres, adolescentes y jóvenes sólo “ven la parte del placer” en las relaciones sexuales, y no piensan en las consecuencias; no sólo del embarazo sino en las “infecciones de transmisión sexual”. También piensan que el alcohol y la droga, puede ser otro motivo de embarazos no deseados, cuando andan bajo los efectos de estas sustancias y tienen relaciones sexuales. Empero, reflexionan que hay adolescentes y jóvenes, que se preocupan y toman medidas para prevenir un embarazo, entre ellas la de evitar tener relaciones sexuales.

Algunos padres de familias valoran negativamente el futuro de sus hijos e hijas, ya que se juntan (casarse) a temprana edad, aun no son responsables y a veces tiene que cargar con todo lo de la manutención y los hijos que tengan.

Muchas familias aceptan el noviazgo entre los hijos e hijas de acuerdo a las condiciones de auto sostenibilidad, que ambos estén en condiciones económicas como para cubrir sus necesidades básicas, que sean autónomos para su manutención, ella o él deben ser trabajadores en la casa, desempeñándose bien en las labores domésticas y los hombres deben trabajar y mantener una familia económicamente estable.

Algunos líderes, mencionan que las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes tienen alguna información sobre SSR de parte de las organizaciones; pero, no a todos les interesa escuchar. Por su parte las redes sociales (grupos organizados de mujeres, autoridades comunales) están haciendo un llamado de atención a los líderes de las comunidades para crear un plan de acción urgente ante el incremento del embarazo en las adolescentes.

Los adultos en las comunidades, tienen la percepción de que los jóvenes saben más sobre el VIH que los adultos. En las comunidades indígenas y afrodescendiente las personas adolescentes saben

que se debe tener cuidado con el uso de las jeringas porque pueden infectarse con VIH. Esta visión la han recibido a través de programas radiales, que son un medio para transmitir información sobre salud sexual y reproductiva.

En un grupo focal de la RAAN, se evidenció que conocen algunas formas de transmisión del VIH/SIDA, y que se contagia a las personas. Empero, los adultos piensan que “el Sida les pone flaco la piel, se les pudre, les da diarrea a las personas que la tiene”²⁸.

Las mujeres indígenas se encuentran en una posición de vulnerabilidad frente a la idea que es la mujer la culpable de la transmisión del VIH/Sida. “Las mujeres son las más necesitadas que tienen que darles a su hijo de comer y se van con cualquier hombre”.²⁹ La percepción es que son las mujeres que transmiten las enfermedades.

“Cuando se endrogan se van con cualquier mujer, con agujas infectadas, los que se meten al narcotráfico y andan con bastantes mujeres. Los padres no hablan de preservativos, cuando vienen mujeres bonitas del lado de Honduras y contagian a los jóvenes, se transmite por darles pecho a sus hijos”.

En algunas comunidades afrodescendientes de la RAAN, el adolescente o joven varón, cuando está “drogado irrespeto a su sexo opuesto, a las muchachas a veces las violan”³⁰, irrespetando sus derechos.

• Identidad del adolescente y joven: concepciones, implicancias

Desde la cosmovisión indígena, los ancianos, padres y madres de familias entre 45 y 75 años de edad, consideran que ser joven es cuando dan muestras de:

“Ser muy trabajadores, respetuosos y valientes, para lo cual los jóvenes deben salir a pescar, cazar y explorar el territorio solos, y quedarse en el monte por varios días, para ganar valor y hacerse fuerte, también en esta edad trabajan su parcela y la cultivan lejos de la comunidad, sin que los padres lo sepan.”

²⁸ Varón indígena del grupo de redes sociales, RAAN.

²⁹ Varón adulto indígena, grupo focal de redes sociales, RAAN.

³⁰ Mujer indígena de 26, grupo focal, RAAN.

Siendo esta su propia decisión y así darles la sorpresa a sus padres expresando que ya están en otra etapa de su vida, la de ser joven. Esta tradición tan importante todavía se practica en las comunidades indígenas. En las mujeres se considera que deben vestir con faldas, mantener su pelo largo, blusas cerradas y también tiene que ver con su conducta.

Para las personas adultas, los adolescentes y jóvenes, no aceptan consejos de los padres y ancianos, prefieren contar sus experiencias a sus amigos de confianza (*Kakna panika bris timhya panika lika apia*³¹), aunque literalmente los jóvenes usan este término de confianza entre amigos. Tenga amistades de día y no de noche, interpretan esto como el resultado de causas múltiples ya que hay muchos factores que influyen en su conducta como: las amistades, los programas televisivos, la música, los juegos de Nintendo y los vicios como las drogas y el alcohol.

2. Factores que inciden en la vulnerabilidad e influyen en la toma de decisiones respecto a la SSR (ITS, VIH/SIDA, embarazo de adolescentes y violencia sexual)

En esta sección se exponen los hallazgos relativos a roles de género, las redes sociales y la presencia de instituciones tradicionales, no tradicionales y otros/as actores.

• Roles de género

Las percepciones generalizadas en comunidades indígenas de la RAAN, es que los hombres son los que tienen el poder (Raitkalaka o derecho), los jóvenes consideran que la mujer y el hombre (Upla o género): son diferentes porque realizan distintos trabajos, aunque las mujeres tienen más obligaciones dentro de la casa y en otros aspectos.

El modelo patriarcal en los hogares inhibe la libre conversación con el padre quien es visto como la máxima autoridad en el hogar. La mujer es más sumisa.

“Aquí en la comunidad (RAAN) la mujer es la que más trabaja que el hombre, ellas limpian toda la casa y el patio, jalan agua y van al monte a sembrar y los hombres sólo van al monte y chapean”.

Los hombres son los que buscan el alimento para su familia ya que ellos son la cabeza para mantenerlas, el cual debe de mantener, proveyéndoles de las necesidades básicas, esta obligación se extiende a los parientes de la esposa/compañera.

En las comunidades indígenas de la RAAN, a “los maridos no les gusta que sus esposas se preparen prefieren tenerlas en las casas, cuando hay charlas de Alki Saura munaia (violencia intrafamiliar), dicen que sólo babosadas (cosas que no sirven), les meten en la mente”.

En el contexto familiar, los adolescentes observan que los hombres son los que hablan más y andan en la calle relacionándose con otras personas.

La responsabilidad de educar y orientar a los hijos e hijas en la SSR, recae sobre la madre tanto que los padres no se sienten responsables y asumen un rol pasivo en la orientación de las y los adolescentes. Sin embargo, cuando los adolescentes y jóvenes “cometen errores” o hacen cosas que se salen de las reglas y normas de la familia y la comunidad, la responsable es la madre y no el padre.

La falta de comunicación entre los padres de familia y sus hijos es otro de los temas principales que fueron resaltadas por las entrevistas y los grupos focales entre una de las necesidades más sentidas. Si bien en familia no se habla directamente sobre SSR, hay mensajes indirectos sobre determinados temas como por ejemplo, el embarazo en mujeres adolescentes o las relaciones sexuales tempranas, sobre todo dirigidos a las adolescentes. Estos mensajes suelen ser “amenazas” o “alertas preventivas” hacia ellas, como por ejemplo: si tienes hijos, tienes que cuidarlo y, no vas más a la escuela.

Las muchachas adolescentes que ya han salido embarazadas aconsejan a las otras para que no tengan relaciones sexuales y no les suceda lo mismo que a ellas. Estas adolescentes hacen el rol de informantes directas en la transmisión de sus experiencias, de manera solidaria para la prevención de embarazos.

³¹ Idioma miskitu.

La comunicación entre adolescentes de las comunidades indígenas y afrodescendientes se establecen más entre las mujeres. Un adolescente hombre refería que “las mujeres hablan más entre ellas”.

• **Influencia de las redes sociales**

Los jóvenes de las comunidades indígenas de RAAN valoran que los proyectos o programas que promueven la salud sexual y reproductiva son importantes; sin embargo, “para un cristiano es difícil, ya que estos proyectos y programas tienen carácter satánico”³², por tal razón la iglesia les prohíbe hablar de los temas de sexualidad y es por eso que abandonan su participación en estos programas. Sin embargo, los indígenas de RAAS cuentan con la iglesia para abordar algunos temas de SSR, como son las relaciones prematrimoniales y el embarazo en adolescente. Los pastores relacionan los temas con la Biblia.

En comunidades indígenas de la RAAN los pastores de iglesias creen que hay medicinas botánicas para curar las enfermedades, pero “el único que cura es Dios, para él nada es imposible”.³³ Hay en las comunidades una fuerte fe en Dios.

En las comunidades indígenas se observaron, pocas instituciones que trabajan en pro de fortalecer la SSR. Hay presencia de instituciones como la Acción Médica Cristiana, el Ministerio de Educación (MINED) y el Ministerio de Salud (MINSa). En algunas comunidades afrodescendientes estas instituciones coordinan para trabajar estos temas con las mujeres y hombres adolescentes directamente.

Las comunidades afrodescendientes las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) como Campaña Costeña, Acción Médica Cristiana y Casa Municipal de Jóvenes y Adolescentes, junto con los colegios y los amigos son la principal fuente de información de jóvenes y adolescentes frente a temas de salud sexual y reproductiva, Embarazo e ITS, en segundo plano con mucha influencia están otras fuentes como el Internet.

Las parteras juegan un rol importante en la atención de las adolescentes y jóvenes embarazadas cuando éstas no pueden visitar la clínica. También, las parteras acceden a los centros de salud que hay en algunas comunidades para atender a las emba-

razadas, trabajando de forma coordinada con el MINSa³⁴. “Las chavalas no cuentan sus problemas a sus padres les tienen miedo ya que las madres sólo saben tratarlas y no les brindan consejos”.

Muchos jóvenes y adolescentes se sienten excluidos de actividades en la comunidad, piensan que los líderes no quieren que ellos conozcan de los ingresos que recibe el gobierno comunal, esa es una de las razones por la cual no son invitados. Sin embargo tienen el deseo de participar y ser activos en la comunidad.

No todos los jóvenes tienen la oportunidad de ser capacitados y los pocos que llegan a capacitarse son por favoritismo de los líderes.

3. Situación actual del acceso, la participación y el ejercicio de sus derechos en el contexto de las políticas nacionales de SSR e interculturales

a) La perspectiva de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes

• Prácticas y rutas que siguen ante embarazos, ITS o violencia: prioridad y frecuencia

La ruta que buscan las jóvenes cuando están embarazadas, o con ITS, generalmente en todas las comunidades estudiadas es con las amistades, porque tienen más confianza con ellos para contar sus problemas. Desconfían de los adultos, piensan que ellos pueden hacer comentarios con otras personas. Sin embargo también hay otra percepción nosotras no acostumbradas a contar nuestra privacidad porque a la hora de un problema o (pleito) la persona en que uno confía puede comentar lo dicho con otra persona”.³⁵

Cuando hay embarazos, las adolescentes acuden a los servicios de salud, de igual manera cuando creen que tienen ITS, utilizan también la medicina tradicional para que los atiendan los agentes tradicionales de salud. En caso de que sospechen que tienen ITS, buscan ayuda con las amistades, no quieren conocer de la infección a través del personal de salud, porque temen saber la verdad.

³² Joven de 18 años, comunidad indígena, grupo focal, RAAN.

³³ Pastor de iglesia entrevistado, indígena de RAAN.

³⁴ Madre de familia entrevistada, afrodescendiente de la RAAS.

³⁵ Adolescente indígena de 15 años, grupo focal, RAAS.

Para la infección vaginal en las adolescentes y jóvenes, se utiliza mucho la medicina tradicional, donde: se hierven las hojas, para luego beberla y así limpiar el cuerpo por dentro y también por fuera para curarnos.³⁶

• **Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: Conocimiento y ejercicio**

Los adolescentes y jóvenes, mujeres y hombres, desconocen sus derechos sexuales y reproductivos, en su mayoría en ningún momento les han hablado de ellos

A pesar de no conocer sus derechos, los adolescentes y jóvenes mencionan que las personas con diversidades sexuales tienen derecho a la información en SSR y a no ser discriminados en sus comunidades.

• **Valoraciones sobre el acceso, participación y satisfacción de derechos en el contexto de las políticas nacionales**

Los adolescentes y jóvenes perciben que las autoridades comunales y territoriales no gestionan proyectos y programas a las instancias correspondientes para los adolescentes y jóvenes sobre temas de salud sexual y reproductiva.

Las apreciaciones sobre el acceso a la participación de los jóvenes y adolescentes es muy limitada, no tienen conocimiento sobre los programas que brindan las políticas públicas en el tema de SSR.

Algunos adolescentes y jóvenes que están al tanto de los temas de SSR, participan y colaboran con información sobre cómo evitar el embarazo no deseado, las ITS, el VIH/Sida y la violencia sexual, haciendo rol de multiplicadores de ese conocimiento.

Actualmente, las informaciones en temas de SSR que reciben los/as adolescentes y jóvenes se les brinda en el idioma materno, eso le permite mayor comprensión a las informaciones que ofrece el Centro por la Justicia y Derechos Humanos de la Costa Atlántica de Nicaragua (CEJUDHCAN) que es una institución que trabaja en SSR a través de las capacitaciones.

Los puestos médicos y clínicas del MINSA no están abastecidos de medicamentos básicos en las comunidades, aunque los jóvenes quieran usar con don no hay en el puesto, por otro lado el desempleo es enorme y no cuentan con dinero para adquirirlos en las farmacias u otros establecimientos privados.

Los jóvenes de las comunidades no participan en asuntos de salud dicen: “la enfermera nos atiende de forma enojada cuando vamos al centro de salud, a veces no nos mira y hasta nos regaña”.³⁷

Las organizaciones no Gubernamentales Acción Medica Cristina, CEJUDHCAN están implementando espacios de participación y acceso a la información para las y los jóvenes y adolescentes, existen limitantes que impide el avance, esto es debido a múltiples razones tales como: el lenguaje como barrera de comunicación, la pena de asistir a las convocatorias y la misma percepción de algunos jóvenes y adolescentes que no consideran importante esas reuniones.

Como parte de la educación formal existen ciertos colegios en comunidades afrodescendientes, que imparten las clases de salud sexual y reproductiva como una materia. También las consejeras escolares trabajan estos temas en las escuelas³⁸ donde está este recurso capacitado. Las comunidades indígenas no cuentan con consejeras escolares por lo que no tienen esta oportunidad de informarse con esta profesional del MINED.

La participación de las mujeres y hombres adolescentes en las comunidades afrodescendientes es muy escasa, esto es debido a que las organizaciones ya tienen diseñados los programas desde sus perspectivas y toman en cuenta muy poco a los actores de estos programas.

b) Perspectiva de los de los padres, madres y actores locales

• **Prácticas y rutas que siguen: prioridad y frecuencia**

Desde la medicina tradicional se explica, que cuando las mujeres van a dar a luz (parto), deben de pagar con dinero para la vista de la partera, si no

³⁶ Joven afrodescendiente de 21 años, grupo focal comunidad, RAAS.

³⁷ Adolescente, de 15 años, comunidad indígena, grupo focal, RAAS.

³⁸ Adolescentes mujeres afrodescendientes, grupo focal de RAAS.

lo hace ésta “puede perder la visión de sus ojos”³⁹, esta práctica se realiza en comunidades afrodescendientes de la RAAN.

• Derechos SSR. Conocimiento y ejercicio

Los padres y madres de familia reconocen que las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes tienen derecho a estar informados sobre la SSR, a la vez que reflexionan manifestando que todo tiene un tiempo para tener relaciones sexuales; hay algunos padres de familias que ven la importancia comunicarse con sus hijas e hijos y responderle a preguntas que les hagan sobre estos temas. Sin embargo, padres y madres de familia tienen poca información como para ofrecer amplios conocimientos a sus hijas e hijos.

“La mayor parte de los que trabajamos a instituciones no tenemos tiempo, creo que por eso acuden a otra persona de parte de nuestras hijas e hijos, no tenemos tiempo para atenderlos. Creo que la comunicación constante deben inculcarles a la gente adolescente y jóvenes, a mí nunca nadie me daba explicación de cómo nacen los hijos, hay que hablarles claro, a veces dicen que ellas no saben cómo salieron embarazadas, cuando se les da confianza dicen eso. Es cierto que salen embarazadas, se les prohíbe que hablen con otros, y cuando los padres no están o andan en la montaña, entonces andan juntos”.

En las comunidades afrodescendientes, se ha logrado trabajar con temas de SSR en las escuelas y colegios. En todo caso hace falta establecer una mayor articulación entre la institución y el Estado entrelazando los programas educativos existentes, tomando en cuenta aquellos aspectos culturales, sociodemográfico y lingüístico, establecido en el Sistema Educativo Autonómico Regional (SEAR).

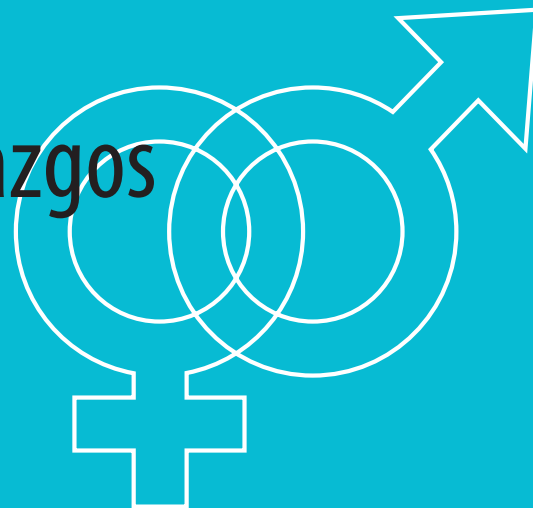
• Valoraciones sobre el acceso, participación y satisfacción

No existen programas creados en las comunidades indígenas donde puedan participar las personas adolescentes y jóvenes en temas relacionados con la SSR. Las mujeres y hombres adolescentes sí participan, por ejemplo en las actividades culturales y deportivas en la comunidad, organizadas por sí mismos.

Los miembros de las redes sociales como los pastores, las enfermeras y el gobierno comunal, son los que aconsejan a los adolescentes y jóvenes sobre la violencia en muchos casos. Hay otras comunidades en las cuales este tema de violencia no se aborda.

³⁹ Partera afrodescendiente de la RAAS.

VII. Discusión de los hallazgos



1. Situación de la SSR de los y las adolescentes

En este estudio se revela que las personas adolescentes de las comunidades indígenas y afrodescendientes perciben que la salud sexual y reproductiva es la “relación de noviazgo, casarse para reproducirse”. Tanto ellas y ellos manifestaron que no tienen mucha información sobre estos temas y muy escaso el acceso a los servicios diferenciados en salud sexual y reproductiva. Esta situación coloca a las personas adolescentes en una situación de vulnerabilidad en cuanto a embarazos en adolescentes y a las ITS, VIH/Sida.

Sin embargo, en el “Sondeo cualitativo –salud sexual reproductivo”, (Cunningham, 2010), se plantea que el grado de conocimiento sobre VIH y SIDA entre las y los adolescentes y jóvenes indígenas y afrodescendientes en las Regiones Autónomas es bastante bueno, especialmente aquellos que viven en las cabeceras regionales y municipales. Saben que es contagioso y se adquiere por las relaciones sexuales, al no usar preservativos y que mata. De manera que el conocimiento de los temas relacionados con la SSR varía en las distintas comunidades indígenas de la RAAN y la RAAS.

En relación a compartir información sobre salud sexual y reproductiva, las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes argumentan que ésta la comparten más con sus amistades por tener mayor confianza en sus progenitores. Esto se relaciona con lo planteado por Quintana y Vázquez (2003),

quienes evidencian la dificultad que perciben las mujeres y hombres adolescentes en la comunicación con sus padres sobre la sexualidad. Es un tema del que en muchos casos no sólo no se habla, sino que sólo su mención es prohibida. Estas opiniones coinciden con lo expresado por una de las madres entrevistada:

“Los jóvenes están poniendo su confianza en sus amigos y otros van directamente al centro de salud.” Al respecto uno de los jóvenes informante manifiesta: “Un joven dice que cuando una joven sale embarazada trata de ocultarlo hasta que es visible, pero le cuenta a una amiga y ésta le aconseja que aborten”.

De acuerdo con las prácticas culturales hay una edad para saber de salud sexual reproductiva, generalmente, llega cuando se conforma una familia. Por otro lado, no existe la costumbre de hablar sobre estos temas. En la RAAS, los problemas de SSR preocupan y son trabajados por las iglesias en casi todas las comunidades del estudio, relacionándolos con los conocimientos bíblicos, por el contrario en las comunidades indígenas de la RAAN, las iglesias evitan y a veces prohíben hablar de estos temas y hasta los consideran “diabólicos”.

Hoy en día en la comunidad hay una crítica situación de los adolescentes y Jóvenes, sobre el consumo de alcohol y drogas, un tema emergente que requiere de planes en el futuro, porque estos influyen negativamente. Una partera menciona que existe violencia sexual en las niñas menores de edad, a causa de estos hábitos pero está en

“silencio”, son situaciones que actualmente son más comunes en las comunidades. Al parecer en las comunidades es muy poca conocida la Ley 779 (Asamblea Nacional, 2012) contra toda forma de violencia que en su artículo No. 8 reprocha y condena toda acción que obliga a la mujer a mantener contacto sexual, físico o verbal, o participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad o su libertad sexual.

Podría afirmarse que el inicio temprano de las relaciones sexuales a partir de los 10 años en comunidades indígenas y a partir de los 13 años en comunidades afrodescendientes, sin protección e información adecuada, expone, principalmente, a las adolescentes a embarazos no deseados, a las ITS y VIH. Aunado a ello en algunas comunidades, esta situación se torna más compleja ante la exposición a la violencia sexual, a normativas culturales (en el caso de los hombres a tener relaciones sexuales para mostrar hombría) al tabú sobre sexualidad por motivos religiosos.

Sin duda, las adolescentes son las más afectadas, las desigualdades de género en los roles sociales se trasladan a los roles sexuales en donde se perciben diferencias con una carga negativa para la mujer desde la iniciación, en el que las violaciones, el incesto y los abusos sexuales a mujeres adolescentes por parte de los familiares y vecinos son una práctica común encubierta y silenciada en la mayor parte de las comunidades indígenas de todos los países (OPS 2010).

Las personas adolescentes, manifiestan que se perciben como discriminadas y excluidas por sus líderes comunitarios. Consideran que al no participar de las decisiones comunitarias, no tienen un espacio para plantear sus necesidades y problemas. Las mujeres y hombres adolescentes garífunas y ramas, son los que más se expresaron en este sentido.

2. Construcción de los conceptos de adolescente y joven

En las comunidades indígenas, la definición de la adolescencia no se determina por una cuestión biológica, si no por las responsabilidades, maneras de actuar, conducta y cualidades. Muchos de estos valores, actualmente están influenciados por la

religión. Por ejemplo, para las mujeres importa ser trabajadora, tener mayor respeto en su forma de proceder, en su vestuario recatado (faldas largas, blusas cerradas) Otras demuestran ser jóvenes acudiendo a sus roles tradicionales (alzar peso, y traer agua) para demostrar que ya pueden enfrentar las responsabilidades de un hogar, y pueden formar pareja.⁴⁰

En algunas comunidades miskitus no hay un concepto de adolescencia.

“No hay un concepto para el período de adolescencia. Por ejemplo: En el caso de las mujeres, la niñez concluye cuando la niña ya está preparada para cumplir con la responsabilidad de administrar la casa, de hacer las labores propias de las mujeres, para eso es enseñada en procesos desde pequeña. La niña se convierte en Tiara [mujer joven], lo que es un concepto relativo. De igual manera los varones dejan de ser niños y se convierten en Wahma, [hombre joven]. También éste es un concepto relativo que tiene que ver con la capacidad de cumplir con las responsabilidades asignadas a los varones en la cultura miskitu lo que no es definido por la edad. Las etapas de la niñez y juventud en la cultura miskitu tienen connotaciones que rebasan los cambios fisiológicos y hormonales que en ella tienen lugar, si se les comprende en un sentido social” (Del Cid, 2008)

En comunidades afrodescendientes, los adolescentes consideran que los jóvenes son los que tienen entre 19 a 25 años de edad. Los jóvenes expresaron que las edades en la que los consideran jóvenes están determinados de acuerdo a las normas de la familias: “en mi familia las mujeres deben tener 20 años y los hombres 27 años para casarse”. Estas construcciones están vinculadas fundamentalmente a los mismos patrones culturales que aparecen referidos en otras investigaciones como la de OPS, 2010 y Cunningham 2010, en la que se resalta la asunción de responsabilidades laborales, responsabilidades conyugales y ejercicio de la independencia. En las comunidades de estudio el tránsito entre la adolescencia y la adultez es mucho más congruente con los cambios en los roles de acuerdo con la edad. En tanto que en la cultura occidental, los cambios están basados en lo biol-

⁴⁰ Joven femenina de 19 años, en grupo focal, comunidad indígena de la RAAN.

gico y no concuerda con los roles sociales que las personas tienen que asumir.

El estudio hace notar que en las comunidades hay presencia de adolescentes y jóvenes con capacidades especiales, y no cuentan con programas de orientación específicos y mucho menos son tomadas en cuenta para orientarlas en relación con su salud sexual y reproductiva, siendo su vulnerabilidad y exposición mayor a los abusos o violencia sexual.

3. Género en las decisiones en torno a SSR

El modelo patriarcal en los hogares indígenas y afrodescendientes inhibe la libre conversación con el padre de familia en temas de SSR, quien es visto como la máxima autoridad en el hogar. El padre habla poco de estos temas y es quien pone muchas limitaciones para abordarlos. Las adolescentes están siendo criadas sin tomar en cuenta sus expectativas y deseos.

Ellas deben asumir enteramente el trabajo doméstico y el cuidado de hijas e hijos, las mujeres reducen su posibilidad de acceder a educación, empleos, tener amistades y participar en organizaciones sociales (UNFPA 2013).

Se delega a las madres la responsabilidad de educar y orientar a sus hijos e hijas entorno la SSR, los padres no se sienten responsables y no comparten la responsabilidad. Sin embargo, cuando sus hijas e hijos “cometen errores” o hacen cosas que se salen de las reglas y normas de la familia y la comunidad, la responsable es la madre y no el padre.

Los padres y madres de familias en este estudio valoran negativamente el futuro de los hijos e hijas ya que se “ajuntan” (unen) o se casan a temprana edad. Sin embargo, muchas familias aceptan el noviazgo entre las hijas e hijos de acuerdo a las condiciones de vida: trabajadores, responsables de una casa, de mantener una familia económicamente.

A pesar de los cambios, en los pueblos indígenas sigue la tradición de que los jóvenes formen una familia cuando sean independientes. En las comunidades del estudio las familias han mantenido las tradiciones de respetar las autoridades, las abuelas y abuelos transmiten sus experiencias de generación en generación y también cuidan a algu-

nos niños cuando la madre hace labores fuera de la comunidad, se vuelven familias extendidas cuando asumen a sus hijas e hijos con su nueva familia, pero en lo general y como aspiración está tener su hogar propio.

Un asunto poco explorado en esta investigación es la discriminación racial e interétnica. De acuerdo con un estudio de OPS (2010), la discriminación se manifiesta cuando las mujeres indígenas salen de sus comunidades. Son discriminadas, humilladas por parte de las mujeres no indígenas, de las instituciones del Estado, salud, educación, administración y en general por la sociedad dominante, mediante tópicos, burlas, chistes y estigmatizaciones. Los casos más ignominiosos relatados se producen en Guatemala, Perú y Nicaragua, en donde son tildadas de “inditas”, “marías”, “menc-hús”, “cholitas”, “moscos”, donde la discriminación racial se une a la de clase y profundiza las desigualdades sociales y no se traduce exclusivamente en una estigmatización, sino que son expulsadas de los sitios públicos, maltratadas en sus trabajos y los empleadores abusan de ellas.

4. Rol de la medicina tradicional

La importancia de la medicina tradicional en las comunidades indígenas y afrodescendientes es muy relativa. Su importancia está vinculada con el grado de influencia que la religión tenga en las comunidades. Para una mayoría de personas entrevistadas, la Fe en Dios es lo que cura no tanto la medicina tradicional. Sin embargo, en algunas comunidades aún tiene relevancia la medicina tradicional, sus miembros fomentan este tipo de prácticas y los agentes de la medicina tradicional tienen reconocimiento social por la labor que hacen.

Los indígenas miskitos de Bilwaskarma, ramas de Rama Cay y mayagna-tuhka, así como los garífuna de Orinoco y los krioles de Bluefields coinciden en que las parteras juegan un importante papel en la atención a los partos en las comunidades, que las mismas están capacitadas y hacen un buen servicio. Tienen confianza en ellas y sus capacidades, en la atención a los partos y a otras situaciones de salud de las mujeres, como las ITS en algunos casos. La percepción es que las mujeres tienen más confianza en las parteras, los jóvenes acuden a los curanderos cuando están afectados con ITS. Utilizando diferentes rutas para la atención en caso de sospecha de ITS.

El siguiente cuadro resume los especialistas tradicionales y su rol en salud:

Especialistas tradicionales	Enfermedades o atenciones	Rituales o ceremonias	Elementos
Parteras, curanderos, chamanes, y sobadores.	<p>Físicas: Diarreas, parásitos, bronquitis, infecciones respiratorias, desnutrición, asma, diabetes, dengue, malaria, infección de las vías urinarias, enfermedades de la piel, cáncer, intoxicaciones, mordedura de animales y serpientes, cardiovasculares y riñones.</p> <p>Espirituales: embrujos, mollera hundida, ojeado.</p> <p>Emocionales: susto.</p> <p>Psicológicas: miedo, nerviosismo.</p>	<p>Santería: las cartas, los sueños (interpretación), las visiones, los rituales con incienso y ramas, sacrificio de animales, sobadas aromáticas, diagnóstico mediante sudores, humos y restregado con hierbas. Altares en los hogares.</p>	<p>Imágenes, incienso, tinturas (bebidas alcohólicas con hierbas), ruda (ramas), velas, piedras, tazas o foras, fotos, papelillos.</p>

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2010). Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. Washington. D.C.

Nicaragua cuenta con la Ley de Medicina Tradicional, No.759, que reconoce la relevancia y uso de esta, permite y fomenta que los agentes de medicina tradicional se acerquen a los centros y puestos de salud del MINSA, donde convergen para el manejo de ciertas situaciones de salud, incluidas la atención a partos. El MINSA bajo esta ley inicia capacitaciones a estos agentes, junto a otro personal de salud.

5. El rol de las iglesias

Las comunidades indígenas y afrodescendientes practican la Fe de diferentes formas y tienen creencias distintas. En cualquier caso, la iglesia tiene un rol importante en todas las comunidades; en las comunidades indígenas de la RAAN, la iglesia influye en las decisiones de los adolescentes y jóvenes en lo que tienen que ver con la educación sexual. En algunas comunidades la iglesia es la que brinda información, los pastores tienen conocimientos del tema y lo relacionan con la Biblia. Cunningham (2010) identificó que en algunas comunidades los religiosos le dicen a las personas que el uso del condón es pecado, que usarlo significa desobedecer a Dios, quien les puede castigar. Se reportan sin embargo, algunos casos en los cuales las autoridades religiosas recomiendan el uso del condón, les dicen que los necesitan para cuidar su salud, y en otros casos les dicen que practiquen la abstinencia o anden sólo con una pareja.

Las Regiones Autónomas tienen influencia de la iglesia Morava, fue una de las primeras iglesias, desde los inicios de la llegada de los ingleses, es la que tiene el mayor número de indígenas y la que predomina en todas las comunidades indígenas de este estudio, aunque existen la Católica, la Iglesia de Dios y las evangélicas. En el barrio urbano hay presencia de religiones morava, anglicana, adventista y bautista.

Independiente de sus diferentes influencias, la iglesia tiene un rol importante en las comunidades indígenas y afrodescendientes. Al punto que es muy difícil distinguir en los comportamientos y percepciones en SSR, la influencia de la cultura y de la religión. Ambas están intrínsecamente relacionadas. Por eso es importante tomar en cuenta el rol de los pastores y sus iglesias como un actor más y un factor de influencia dentro de las comunidades.

6. Rutas que siguen adolescentes y jóvenes frente a los embarazos y la violencia sexual

La ruta que siguen los jóvenes cuando están embarazadas, o con ITS, generalmente es, en primer lugar, acudir con sus amigos porque tienen más confianza con ellos para contar sobre estas experiencias o problemas. Por el contrario, no acuden a los adultos, piensan que ellos pueden hacer comentarios con otras personas. Al respecto

Cunningham (2010) refiere: “No hay confianza de los jóvenes en los adultos. Las madres y padres tienen muchas cosas que desaprender sobre SSR para orientar a sus hijas e hijos, porque tienen muchos prejuicios que les impide ver las cosas como son”.

A pesar que la partera y el médico tradicional, no tienen tanta importancia como antes, los adolescentes acuden a ellos en búsqueda de alguna atención. Principalmente en caso de embarazo e ITS.

En caso de violación sexual, la ruta es diferente. En algunos casos, la persona afectada junto a la familia buscan al líder comunal a denunciar el hecho y buscar su orientación. En otros, casos no se hace nada, sobre todo cuando esta violencia ocurre dentro de la propia familia. Acudir a un centro de salud, a una defensoría o a la policía nacional, es el último recurso. Muchas veces no acuden a estos lugares, porque no tienen información clara sobre los servicios que ofrecen, alguna experiencia negativa o desconfianza en la resolución de problemas.

Las ONGs y la Comisaría de la Mujer y la Niñez están dentro de los principales centros visitados. La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2008), reconoce que en la actualidad, salvo algunos en casos aislados, no se promueve la información para la identificación y abordaje de la violencia, abusos sexuales y las formas de buscar apoyo.

7. Participación de adolescentes y jóvenes en los programas y políticas sobre SSR

En las comunidades afrodescendientes, los adolescentes y jóvenes están más expuestos a programas educativos y de salud, en los que se les orienta e involucra en temas de SSR, a través de la escuela. No sucede lo mismo con los adolescentes y jóvenes indígenas en donde la presencia institucional que trabaja con estos temas es más limitada, los adultos también reconocen que tienen poca información sobre políticas y programas de SSR.

Los garífunas de Orinoco y los krioles en Bluefields coinciden en que el MINSA, Acción Médica Cristiana y Voz Joven, son las instituciones que en coordinación con las parteras promueven la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes de la Comunidades de la RAAS,

mientras que en menor grado lo hace la Fundación para el desarrollo de la Costa Caribe Nicaragüense (FADCANIC). Esto lo realizan a través de Charlas, talleres en los cuales facilitan información en las aulas de clase sobre VIH/Sida, violencia sexual, ITS, salud sexual y reproductiva.

En general los adolescentes cuentan con pocos espacios de participación social. De acuerdo con una líder de la RAAN, en las decisiones comunitarias, los jóvenes no tienen derecho a opinar, le dicen: “es un chavalo qué sabe él para opinar, no le podemos dar este cargo”, no se valoran a los jóvenes, no se les da espacio de opinar. Hay que ver cómo mejorar, hay que tomar en cuenta a los jóvenes, hay que prepararlos”.

En las comunidades indígenas de la RAAN no hay presencia de las instituciones que velen por los derechos constitucionales de las adolescentes y jóvenes y mucho menos en casos de violencia sexual.. Por el contrario, en las comunidades afrodescendientes de la RAAS existen las instituciones que protegen los derechos de adolescentes y jóvenes, e incluyen el abordaje de la violencia.

La escasa o nula presencia de instituciones públicas en las comunidades indígenas puede deberse al difícil acceso geográfico a estas comunidades a los costos altos del transporte aéreo y a la fuerte presencia de la iglesia opositora a los temas de SSR. Además, el control social comunitario parece bastante fuerte y se expresa a través de los valores compartidos entre las familias, el liderazgo comunitario y las autoridades religiosas, como se mencionó en el caso de violaciones se busca a los líderes tradicionales a él o la *Whita*, Síndico para que ejerzan la justicia comunitaria (OPS 2010).

Aunque los adolescentes no conocen las leyes que favorecen sus derechos, admiten que ellos tienen derecho a una educación integral, aun estando embarazadas y después del parto. Uno de los informantes clave hace alusión a que: “Cuando una joven sale embarazada tiene el derecho de seguir estudiando”.

VIII. Conclusiones



No hay buena comunicación entre padres de familia y sus hijas e hijos con relación a la SSR, no los orientan a sus hijos sobre cómo cuidarse y proteger su cuerpo. Los jóvenes y adolescentes no están recibiendo, por parte de sus padres y madres, información pertinente sobre temas de SSR, esto en parte es debido a que los padres y madres tienen poco conocimiento al respecto.

Hay mayor confianza y comunicación entre pares (amigos, pareja) cuando se trata de buscar información, contar experiencias o buscar ayuda en temas de inicio de relaciones sexuales, embarazo o ITS.

Las amistades son la primera ruta que siguen los adolescentes y jóvenes, en situación de embarazos e ITS, luego van a la medicina tradicional (parteras) y el puesto médico es el último lugar, ya que desconfían de este personal, porque no tiene mucho sigilo (confidencialidad).

El tema de la SSR es considerado tabú en algunas familias, los padres y madres prohíben hablar sobre esto e instauran ciertos tipos de amenazas como formas preventivas de embarazo y para inhibir el inicio de las relaciones sexuales. Salvo algunas madres que sí hablan con sus hijas e hijos y les orientan cómo deben cuidarse de embarazos y de ITS.

No existe un concepto homogéneo de qué es la salud sexual y reproductiva, los afrodescendientes tienen más conocimientos, mientras que los indígenas tienen menos información al respecto.

Las parteras, tienen un rol importante en la atención del embarazo a las adolescentes, quienes atienden desde una concepción holística, incluyendo otras atenciones como las ITS. Las parteras están trabajando de forma coordinada con el MINSA y juegan un rol importante cuando las adolescentes no pueden visitar la clínica.

El inicio temprano de relaciones sexuales sin información y protección, constituye uno de los factores determinantes de exposición a ITS, VIH y embarazo no deseado.

El uso del condón en las comunidades indígenas no es una práctica común, y si es con su compañera de vida se cree que no lo necesitan.

Organizaciones como AMC, CEJUDHCAN, FADCANIC trabajan en proyectos de recreación y SSR; sin embargo, no es suficiente pues es necesaria más información de SSR y acceso efectivo a los servicios de salud, atención diferenciada para adolescentes y acceso a orientación en anticoncepción.

Es evidente que las profesoras de primaria y secundaria no están sensibilizadas en estas temáticas, en algunos casos prevalece la timidez, para hablar de la salud sexual y reproductiva con sus estudiantes, esto parece ser debido a que son de la misma cultura.

El inicio temprano de relaciones sexuales sin información y protección, constituye uno de los factores determinantes de exposición a ITS, VIH y embarazo no deseado.

El uso del condón en las comunidades indígenas no es una práctica común, y si es con su compañera de vida se cree que no lo necesitan.

Los embarazos no deseados en adolescentes son ocultados, algunas adolescentes tienen a sus bebés y otras toman la decisión de abortar, apoyadas por las amigas, a veces por la familia; para ello utilizan los recursos de la medicina tradicional como hierbas y también pastillas.

Generalmente la permanencia de las jóvenes en las aulas de clase disminuye por el embarazo; sin embargo, algunas de ellas se reintegran a la escuela después de haber dado a luz.

La violencia sexual y el incesto sobresalen como una de las problemáticas más acuciantes en las comunidades afrodescendientes e indígenas.

La construcción de la adolescencia está relacionada con responsabilidades y demostraciones de habilidades para el trabajo y cuidados del hogar. Se percibe la influencia religiosa sobre cómo deberían ser y lo que deberían hacer los adolescentes.

El consumo de alcohol y drogas es frecuente en las comunidades, esto contribuye a condiciones de vulnerabilidad de las mujeres y hombres adolescentes.

Desde la perspectiva de los adultos, los programas televisivos, la música, los juegos de Nintendo y los vicios como las drogas y el licor son factores que influyen negativamente en la conducta de los adolescentes, no van a clases, faltan el respeto, no hacen nada.

Permanecen actitudes y prácticas machistas de los hombres hacia las mujeres, son las madres quienes deben estar en casa al cuidado de las hijas e hijos, son quienes deben educar y orientar. El padre de familia asume un rol pasivo en la educación y orientación de los adolescentes.

El personal de salud no atiende bien a los adolescentes y jóvenes en sus comunidades, esta actitud es uno de los factores que impide las visitas a los servicios de salud.

En general, las iglesias presentes en las comunidades prohíben hablar de los temas de sexualidad, por ese motivo los adolescentes abandonan su

participación en programas educativos que incluyen los temas de SSR.

La presencia de instituciones que trabajan en pro de fortalecer la SSR es muy limitada en las comunidades, con un mayor fortalecimiento en las afrodescendientes; se coordina con el MINED, el MINSA, AMC, para tratar estos temas con las mujeres y hombres adolescentes directamente.

Las autoridades comunales y territoriales no incluyen en sus agendas en temas de SSR, así como tampoco gestionan proyectos y programas ante las instancias correspondientes.

Los padres y madres de familia reconocen que los adolescentes y jóvenes tienen derecho a estar informados sobre la SSR, valoran la importancia de comunicarse con sus hijas e hijos y la posibilidad de poder responder a preguntas que ellos hagan sobre estos temas.

IX. Recomendaciones



1. Políticas Públicas

1. Crear una ruta de diálogo para atender a los adolescentes y jóvenes y en los diferentes niveles de atención, para implementar las políticas públicas ya existentes y el Reglamento de Juventud.

2. Incluir a las autoridades comunales y a las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes en capacitaciones que puedan ofrecer los organismos y las instituciones gubernamentales en los temas de SSR.

3. Realizar un mapeo de las instituciones y de las organizaciones que existen en la RAAN y RAAS, identificando dónde están y qué están haciendo en el abordaje de los temas de SSR.

4. Buscar vías de fortalecimiento educativo, a través del MINED y el SEAR, para los temas de SSR desde la escuela, incluyendo la preparación y la sensibilización del personal técnico y los docentes, para que tengan herramientas básicas de información y orientación a padres, madres de familia y a las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes de las comunidades.

5. Planificar el desarrollo de capacitaciones por parte de los docentes en temas de SSR, dirigida a padres, madres de familia, adolescentes y jóvenes de la comunidad.

6. Articular acciones entre las diferentes organizaciones y autoridades de los gabinetes de gobierno en las diferentes instancias: comunal,

territorial y regional, para mejorar las prácticas existentes en los temas de SSR.

7. Realizar un diagnóstico en las comunidades, dirigido a identificar las necesidades de capacitación en los temas de SSR de los padres y madres de familia.

8. Trabajar con las iglesias en el abordaje de los temas de SSR, con los adolescentes y jóvenes, dada la incidencia que estas tienen en las comunidades.

9. Implementar de acciones educativas dirigidas a los adolescentes y jóvenes de las comunidades por parte del personal de salud.

2. Instancias de las autoridades comunales

1. Incluir a los jóvenes dentro de las estructuras de los gobiernos comunales, para que estos puedan estar representados, se los considere para la toma de decisiones y puedan hacer propuestas en pro de mejorar la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes de sus comunidades.

2. Sensibilizar a los adolescentes y jóvenes sobre la importancia de participar en las actividades de la comunidad.

3. Promover que las autoridades comunales y los comunitarios interactúen para intercambiar información de carácter comunal, municipal, regional, motivando que estos se involucren más en

las actividades de la comunidad, fortaleciendo el sentido de pertenencia e identidad cultural.

4. Crear espacios y actividades recreativas para los adolescentes en las comunidades por parte de los gobiernos comunales, en coordinación con las escuelas de la comunidad.

5. Elaborar una estrategia vinculada a una mayor integración y participación de jóvenes y adolescentes en programas orientados al desarrollo integral, a la promoción de sus derechos y la mejor calidad de vida.

6. Incluir la educación sexual integral para los adolescentes y jóvenes de las comunidades. Al respecto, los gobiernos comunales deben gestionar y solicitar a las instituciones, para realizar estas actividades.

3. Desarrollo de investigaciones

1. Realizar de un estudio similar, pero esta vez orientado a los padres de familias y docentes.

2. Realizar investigaciones en las comunidades indígenas y afrodescendientes, con investigadores locales que conocen la cultura.

3. Profundizar en la situación de racismo por pertenencia étnica y sus efectos en la exclusión de salud y otros programas de prevención y educación sexual.

X. Glosario

Pueblos indígenas, lengua miskitu	
Alki saura munaia	Violencia sexual.
Almuk	Viejo/a, anciano/a.
Blubus	ITS.
Iskadura	ITS.
Indiksan	Inyección, método que utilizan las mujeres para planificación familiar.
Klinik	Clínica.
Kuldimaia	Estudiar.
Kakna panika bris timhya panika lika apia	Tengo amigos/as de día y no amigos/as de noche.
Klahkisasakra/grandi	Es la partera.
Kwihra	El embarazo.
Luhpia plaisni	El último hijo/a o cumiche.
Luhpi almuk	Mi hijo mayor.
Raitka laka	Derechos.
Saurka	Pecado.
Sikakaira/ Rarakra	Curandera/o.
Siknis Saura	Se refiere a la ITS o al VIH/ Sida.
Sindik	Administrador del territorio indígena miskitu.
Wahma Kura/ tuktan waitna kura	El adolescente, para diferenciar del joven.
Wihta	Juez comunal.
Tiara kura /tuktan mairin kura	Se hace la referencia de la adolescente para diferenciarlo de la joven.
Pils	Pastilla, hace referencia a las píldoras anticonceptiva.
Twí Saura	Zacate o hierba mala, para referirse a la droga.
Upla	Indistintamente de la persona, también se refiere a género, en lengua.

Pueblos afrodescendientes, lengua kriol	
Bush Doctor	Médico tradicional de las comunidades afrodescendientes.
Walagallo	Rito de sanación, que hacen los garífunas en la Comunidad de Orinoco.
Baami	Alimento que se elabora a base de yuca.
Gubida	Espíritus que pueden seguir el ritmo del tambor igual que lo hacía en vida.
Hamalijani	Significa aplacar, apaciguar.
Obeah	Creencias de espíritus que siguen siendo invocados por personas llamadas a tener contacto con las fuerzas sobrenaturales.
Dopi	Espíritus enviados a las casas.

XI. Referencias bibliográficas

- Albó (1986). *Identidad, cultura y lengua*. Bolivia.
- Bant Haver, A (2001). “*Salud, Cultura y Género: ¿Cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural?* Perú: REPROSALUD.
- Caballo, V (1999). *Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales*. México: SIGLO XXI. 1999.
- CEDEHCA- Forum syd (Enero a Noviembre del 2008). *Defendiendo mis Derechos y Combatiendo la Discriminación ante el VIH y sida y las Infecciones de Transmisión Sexual*. Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH y SIDA en la Región Autónoma Atlántico Sur.
- Centro de Investigación del Desarrollo – CIDES UMSA (2009) Documento de Trabajo. Salud Sexual y Reproductiva. La Paz.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995)*.
- Cunningham, M. (2010). *Sondeo cualitativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en adolescentes y jóvenes indígenas de Nicaragua*.
- Davis, F (1989). *La Comunicación no verbal*, México: Alianza Editorial.
- Del Cid, Lucero, V. M. (2008). *Los niños y las niñas de Asang río Coco*. Managua, URACCAN.
- Documento Proyecto Corredor Biológico del Atlántico Componente de Planificación y Monitoreo (2003). Plan de desarrollo comunitario de Bilwaskarma.
- Documento de Trabajo (2009) CIDES UMSA, Bolivia.
- Eloy Gómez Pellón (2010). *Introducción a la antropología social y cultural*. España.
- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Managua (2008).
- Faur, E. (2003). “*Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos de los Adolescentes*”. Buenos Aires: Paidós
- Ficha municipal del municipio Bluefields.
- Ficha Municipal del municipio de Rosita, RAAN.
- Gennep Van A. (1969): *Los Ritos de Paso*. España: Alianza Editorial
- Hammersley, M. y Atkinson, P (2001). *Capítulo 1. “¿Qué es la etnografía?” en Etnografía*. Métodos de investigación, 2da edición revisada y ampliada, pp. 15-37. Barcelona y Buenos Aires: PAIDÓS.
- INIDE (2005). *VIII Censo de Población y IV de Vivienda*. Nicaragua.
- INIDE (2009). *Encuesta de hogares sobre medición del nivel de vida 2009, Nicaragua, Mayo 2011*.
- INIDE (2006/07). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud*.

- INIDE (2012) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud Nicaragua.
- La Gaceta, Diario Oficial (1998). *Ley Código de la Niñez y la Adolescencia*, No. 287.
- La Gaceta, Diario Oficial (2012). *Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas a la Ley 641*.
- López E. y Findling L. (2005). "Mujeres jóvenes: salud de la reproducción y prevención". En: Checa S. (Comp.) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: PAIDÓS
- María Jennie Dador (2007). *La salud sexual y reproductiva y la igualdad de género en el marco de los instrumentos internacionales de derechos humanos*. Perú.
- Ministerio Agropecuario y Forestal (2009). *Evaluación social de territorios indígenas, Nicaragua*.
- MINSA (2008). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Managua.
- MINSA (2013). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y salud*.
- MINSA (2008). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Managua.
- MINSA (2004). *Política nacional de salud 2004-2015*.
- Muuss, R.E. (2003). *Teorías de la Adolescencia*. México: Paidós Studio.
- OPS. (2010). *Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú*. Washington. D.C.
- ORAS –CONHU (2009). Lima.
- Pedrero, M. (2010). "La Inclusión de los Pueblos Indígenas en los Partidos Políticos", México, D.F.
- Pérez Serrano, G (1994). *Investigación Cualitativa retos e interrogantes*. España: Editorial La Muralla.
- Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016*. Managua, Nicaragua.
- Programa Mujer, Salud y Desarrollo - Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: www.fmujeresprogresistas.org/poder1.htm
- Profamilia. *Plan estratégico 2012-2016*. Managua.
- Pujadas, J.J. (1992). *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: CIS.
- Quintana Sánchez, A, Vásquez del Águila E. (2003). *Construcción social de la sexualidad adolescente. Género y salud sexual*. Lima.
- Rance, S. y Salinas, S (2001). *Investigando con ética: aportes para la reflexión-acción*. La Paz: CIEPP/ Population Council.
- REPROLATINA (2004). *Modulo de Capacitación 2 y 6. Revisando Conceptos de Salud*. La Calidad de la Atención.
- Solum Donas Burak (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina, Costa Rica*.

- Strauss, A. y Corbin J (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Taylor, SI y Bodgan, R (1990). *Introducción a los Métodos Cualitativos de la Investigación*. Argentina: Paidós.
- UNESCO (2012). *Cuaderno cultural garífuna 3*. Managua.
- UNESCO (2012). *Cuaderno cultural introductorio*. Managua.
- UNESCO (2012). *Cuaderno cultural sumu mayangna 6*. Managua
- UNESCO (2012). *Cuaderno Cultural Rama: “Debajo de cada piedra vive un espíritu”*. Managua.
- UNESCO (2013). *Programa Hidrológico Internacional (PHI) para América Latina y el Caribe*.
- UNFPA (2013a). *Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en el municipio de Bluefields. Derechos, convivencia, participación y salud sexual y reproductiva*. Managua.
- UNFPA (2013b). *Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en el municipio de Laguna de Perlas. Derechos, convivencia, participación y salud sexual y reproductiva*. Managua.
- UNFPA (2013c). *Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en el municipio de Rosita. Derechos, convivencia, participación y salud sexual y reproductiva*. Managua.
- UNFPA (2013d). *Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en el municipio de Waspam. Derechos, convivencia, participación y salud sexual y reproductiva*. Managua.
- UNFPA/FCI Bolivia (2008). *La Salud Sexual y Reproductiva de las Poblaciones Indígenas d Bolivia, Tierras Bajas, Valles y Altiplano*. La Paz, Bolivia: UNFPA/FCI.
- URACCAN (2012). *Estudio en conocimiento de actitudes y practicas, sobre derechos sexuales y reproductivos, en adolescentes y jovenes indigenas, mestizos y afrodescendientes en 7 municipios de la Region Autonoma Atlantico Norte (RAAN)*.
- V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994). El Cairo.
- Villoro, L (1998). *El Estado Plural, Pluralidad de Culturas*. México: Paidós Studio.
- Wani (1987). *Revista sobre la Costa Atlántica*. Managua.
- Weeks, (1986). citado en Amuchástegui, Ana. 2001 *Virginidad e Iniciación Sexual en México*. México: Population Council.

XII. ANEXOS

Anexo No. 1.



Managua, 27 de Noviembre 2013

Invitación

En el marco del convenio UNFPA- URACCAN, se está realizando un “Estudio cualitativo de la población adolescente y joven de pueblos indígenas y afrodescendientes para identificar prácticas, signos y significados sobre derechos, género y sexualidad”, han formado parte de este estudio comunidades de la RAAN (Bilwaskarma y Wasakín) y en la RAAS (Rama Cay, Orinoco y el Barrio Punta Fría en Bluefields).

Como parte del Proceso de la investigación se estará realizando un Taller de devolución de los resultados y retroalimentación. Estarán participando en este taller 2 representantes de los gobiernos comunales de cada comunidad y 1 adolescente o joven.

Por la importancia que tiene este estudio para las Regiones Autónomas, nos gustaría que el Gobierno Regional esté representado, dada la importancia de sus funciones, nos complacemos en hacerle formal Invitación a este Taller, esperamos su presencia.

El taller se desarrollará en la ciudad de Bluefields el día 10 diciembre, 2013, en la Sala de Postgrado de URACCAN, de 9:00am a 4:00pm.

Solicitamos que nos confirme su participación, o la de otra persona que lo represente en caso que usted lo decida.

Sin otro particular, Saludos cordiales.

Atentamente,

MSP. Alta Hooker B.

Rectora

Anexo No. 2.

Guía grupo focal adolescentes/jóvenes

Buenos días/tardes

Soy... investigador/a social, y mis compañeros estamos apoyando una investigación de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y quisiera poder contar con su participación.

Los objetivos de la investigación son:

- Develar las valoraciones y representaciones que las mujeres y hombres adolescentes tienen sobre la SSR (ITS, el VIH/ Sida y la violencia sexual).
- Determinar los factores y motivaciones que influyen la toma de decisiones de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes respecto a la SSR (ITS, VIH/Sida y violencia sexuales).
- Evidenciar la situación actual del acceso, la participación y el ejercicio de sus derechos en el contexto de las políticas nacionales de SSR e interculturales.

Esta guía tiene la finalidad de conocer sus opiniones, sus apreciaciones sobre los diferentes temas que se abordaran en la guía.

Si me permiten, me gustaría grabar, porque todo lo que diga es importante y es muy difícil escribir tan rápido.

Si tiene alguna pregunta sobre lo anterior puede hacerla en este momento.

¿Acepta la entrevista?

¿Me autoriza grabar?

Muchas gracias.

¿Quiénes son las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes aquí?

- ¿Cuándo uno es joven?
- ¿Qué dicen los adultos sobre cómo deben ser los jóvenes?"
- ¿Qué les gustaría hacer?

- ¿Cómo se pueden cumplir esos deseos?
- ¿Se sienten diferentes de otros adolescentes y jóvenes en cuanto su idioma, su cultura, sus costumbres?
- ¿Qué importancia tiene para ustedes ser diferentes, pertenecer a un pueblo indígena o afrodescendiente?

Vamos hablar sobre la salud sexual y la salud reproductiva

- ¿Qué saben sobre salud sexual y reproductiva?
- ¿Cómo los chavalos hablan sobre estos temas?
- ¿Quiénes conocen o hablan más los varones adolescentes o las mujeres adolescentes?
- ¿Cuál es la importancia tiene este tema para ustedes las mujeres y hombres adolescentes?

Nos gustaría conocer sobre que hacen las mujeres y hombres adolescentes frente a un embarazo adolescente, ITS, VIH, SIDA.

- ¿Dónde van a buscar información para prevenir un embarazo adolescente, una ITS, VIH, SIDA, violencia sexual? ¿Cómo lo ponen en práctica?
- ¿De quién escuchan consejos?
- ¿Qué es lo primero que hacen si estuvieran embarazadas, o si tuvieran una ITS o VIH-SIDA, violencia sexual?
- ¿Cómo ponen en práctica la información y los consejos, podrían dar ejemplos.
- ¿Ante un embarazo, una ITS, VIH-SIDA y Violencia Sexual ¿acuden a la medicina tradicional o a los agentes tradicionales?

Hablaremos sobre lo que han escuchado o conocen sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos

- ¿Ustedes han escuchado sobre sus derechos sexuales y reproductivos? ¿Dónde han escuchado?
- ¿Cuándo ellos sufren alguna discriminación o rechazo, qué hacen?
- ¿Saben a dónde pueden acudir?

Percepciones sobre la participación de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes en los programas de salud y educación por ejemplo MASIRAAS y SEAR

- ¿Participan en su elaboración?
- ¿Quién convoca?
- ¿Acceden a los programas y servicios?
- ¿Cómo valoran estos programas?

- ¿Ustedes consideran si los servicios de salud están a sus necesidades como adolescentes y jóvenes, a su cultura (idioma, trato, cosmovisión).
- ¿Ustedes consideran que los programas de educación abordan los derechos sexuales y reproductivos con enfoque intercultural?

¿Les gustaría decir alguna cosa más?

¡Muchas Gracias!

Anexo No. 3.

Guía grupo focal redes sociales

Buenos días/tardes

Soy... investigador/a social, y mi compañero estamos apoyando una investigación/estudio de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y quisiera poder contar con su participación.

Los objetivos de la investigación son:

- Develar las valoraciones y representaciones que las mujeres y hombres adolescentes tienen sobre la SSR (ITS, el VIH/ Sida y la violencia sexual).
- Determinar los factores y motivaciones que influyen en la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes respecto a la SSR (ITS, VIH/Sida y violencia sexuales).
- Evidenciar la situación actual del acceso, la participación y el ejercicio de sus derechos en el contexto de las políticas nacionales de SSR e interculturales.

Si me permite, me gustaría grabar, porque todo lo que diga es importante y es muy difícil escribir tan rápido. Si tiene alguna pregunta sobre lo anterior puede hacerla en este momento. ¿Aceptan la entrevista? ¿Me autorizan grabar?

Muchas gracias.

Guía de preguntas

1. Ser adolescente/joven

- ¿Cómo son las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes aquí en esta comunidad (imágenes)?
- ¿Cómo participan las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes en la comunidad?
- ¿En las decisiones que se toman en la comunidad se toman en cuenta las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes, de qué manera?

2. Salud Sexual y Reproductiva

- ¿Qué piensan ustedes sobre los derechos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes?
- ¿Cómo se informan las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes sobre salud sexual y reproductiva en esta comunidad?
- ¿Quién (es) informan o educan sobre estos temas?
- ¿La comunidad ve importante los temas de salud sexual y reproductiva?

3. Embarazo adolescente, ITS/VHI/Sida/Violencia sexual

- ¿Cómo afecta a las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes, las situaciones de embarazo adolescente, ITS, VIH, SIDA y Violencia Sexual? (Profundizar porqué)
- ¿Cómo afecta a las familias y al contexto de la comunidad, las situaciones de embarazo adolescente, ITS, VIH, SIDA y Violencia Sexual? (Profundizar porqué)
- ¿Hay preocupación por estos temas en la comunidad?

4. Género

- ¿Qué es género para ustedes?
- ¿Cuáles son los roles de las mujeres y de los hombres adolescentes y jóvenes aquí en la comunidad?
- Tienen los mismos derechos los hombres y las mujeres adolescentes y jóvenes?
- ¿Perciben que hay igualdad entre hombres y mujeres adolescentes y jóvenes?

5. Redes familiares

- ¿Entre las familias se habla con sus hijos e hijas sobre salud sexual y reproductiva?
- ¿Las familias educan sobre estos temas? ¿Quiénes educan?
- ¿Considera importante que desde la familia hablen sobre estos temas?

6. Redes sociales

- ¿Cuál es el papel de las instituciones, organizaciones en la prevención y atención de la SSR de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes?
- Considera importante que desde la iglesia, la escuela, servicios de salud y otras organizaciones se hable sobre estos temas?
- ¿Están preparados para abordar/orientar/educar/atender a las mujeres y hombres adolescente y jóvenes?
- ¿Desde su punto de vista como deberían ser la forma en que educamos sobre salud sexual y reproductiva?

- ¿Qué otras instituciones (empresas, cooperativas, organizaciones sociales) que hay en la comunidad que sería importante involucrar?

7. Prácticas/rutas

- ¿Dónde van las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes a buscar información para prevenir un embarazo adolescente, una ITS, VIH, SIDA y violencia sexual? ¿Cómo lo ponen en práctica?
- ¿Qué es lo primero que hacen las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes si estuvieran embarazadas, o si tuvieran una ITS o VIH-SIDA, o sufrieran violencia sexual?
- ¿Ante un embarazo, una ITS, VIH-SIDA y Violencia Sexual, acuden a la medicina tradicional o a los agentes tradicionales?

8. Derechos SSR

- ¿Ustedes conocen los derechos sexuales y reproductivos que tienen las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes?
- ¿Qué hacen ellos para promover los derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Hay instancias o mecanismos para que las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes puedan reclamar, sus derechos?

9. Políticas y programas SSR interculturalidad

- ¿Las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes participan en su elaboración?
- ¿Quién promueve la participación de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes?
- ¿Acuden y hacen uso de los programas y servicios las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes?
- ¿Ustedes consideran si los servicios de salud están adecuados a las necesidades de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes, a su cultura (idioma, trato, cosmovisión).
- ¿Ustedes consideran que los programas de educación abordan los derechos sexuales y reproductivos con enfoque intercultural?

¿Les gustaría decir alguna cosa más?

¡Muchas Gracias!

Anexo No. 4.

Guía entrevista abierta general⁴¹

Buenos días/tardes

Soy... investigador/a social, y estoy apoyando una investigación de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y quisiera poder contar con su participación a través de una entrevista.

Se trata de un estudio cualitativo para conocer más sobre las/os adolescentes y jóvenes de pueblos indígenas y afro-descendientes y estamos realizando entrevistas a distintas personas para conocer sus opiniones y experiencias.

Su participación es voluntaria, cuando lo desee puede no contestar alguna pregunta que le hagamos y también puede pedir que finalicemos la entrevista en cualquier momento.

La información que nos proporcione será confidencial, su nombre o cualquiera otra forma de identificación personal no aparecerán en el informe.

Si me permite, me gustaría grabar, porque todo lo que diga es importante y es muy difícil escribir tan rápido.

Si tiene alguna pregunta sobre lo anterior puede hacerla en este momento.

¿Acepta la entrevista?

¿Me autoriza grabar?

Muchas gracias.

Guía de entrevista abierta

Inscribir los datos de identificación: (no es parte de la entrevista, sólo identificadores)

Nombres y Apellidos-----

Lugar -----

Fecha

Cargo/rol:

⁴¹ Esta guía es una especie de catálogo de preguntas para las entrevistas abiertas a las personas actores clave; dependiendo de cada caso/comunidad, y de cuáles actores clave sean identificados, se recomienda preparar sobre esta base guías más específicas y pertinentes, en función a las características del/la entrevistado/a.

I. Salud sexual y reproductiva

- ¿Qué conocen?
- ¿Hablan sobre estos temas?
- ¿Cuál es la importancia que tiene?

II. ITS/VHI/Sida/Embarazo adolescente/Violencia

- ¿Cómo surgen? ¿De dónde vienen?
- ¿Cómo afecta a las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes?
- ¿Hay preocupación por estos temas en la comunidad?
- ¿Se habla/ dialoga sobre estos temas?

III. Ser adolescente/joven

- ¿Cuándo se es adolescente/joven?
- ¿Cómo son las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes (imágenes)?
- ¿Cumplen los roles que la familia asigna?

IV. Género

- ¿Hay diferencias en la educación, el trato y oportunidades entre hombres y mujeres?
- ¿Qué se hace en la familia o comunidad cuando no cumplen estas expectativas?
- ¿De quién es la responsabilidad?

V. Redes familiares

- ¿En qué momento la familia habla o educa sobre cambios físicos y sexuales en las mujeres y hombres adolescentes? (menstruación, cambios corporales, comportamientos).
- ¿Se hacen rituales/ceremonias al respecto?
- ¿Quién aconseja? ¿Quién sanciona algún comportamiento no esperado de los/as adolescentes y jóvenes?

VI. Redes sociales

- ¿Cuál es el rol de las instituciones, organizaciones en la prevención y atención de la SSR de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes?
- ¿Qué otras instituciones (empresas, cooperativas, organizaciones sociales) serían importantes de involucrar?
- Prácticas/rutas.

- ¿Ponen en práctica algunos consejos, orientaciones para prevenir y atender situaciones de SSR?
- ¿Cuál es la ruta que siguen cuando buscan ayuda o información? (familia, medicina tradicional, amigos/as, servicios de salud, colegios, trabajo)

VII. Derechos SSR

- ¿Conocen? ¿Qué conocen? ¿Dónde?
- ¿Cómo hacen notar su disconformidad con el trato, falta de información, discriminación, rechazo?
- ¿Saben a dónde pueden acudir?

VIII. Políticas y programas sssr interculturalidad

- ¿Participan en su elaboración?
- ¿Quién convoca?
- ¿Acceden a los programas y servicios?
- ¿Cómo valoran estos programas?
- ¿Están adecuados a su contexto? (idioma, costumbres, edad, necesidades).

¿Algo más que quiera complementar?

¡Muchas gracias!

Anexo No. 5

Guía consentimiento informado de padres/madres/tutores

Declaración y Certificado de Consentimiento Informado para Grupo Focal:

Padres/madres/tutores de adolescentes de 10 a 14 años

Introducción:

Buenos días, somos _____ y _____ (nombres), y estamos apoyando una investigación de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN).

Los objetivos de la investigación son:

- Develar las valoraciones y representaciones que las mujeres y hombres adolescentes tienen sobre la SSR (ITS, el VIH/ Sida y la violencia sexual)
- Determinar los factores y motivaciones que influyen la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes respecto a la SSR (ITS, VIH/Sida y violencia sexuales)
- Evidenciar la situación actual del acceso, la participación y el ejercicio de sus derechos en el contexto de las políticas nacionales de SSR e interculturales.

Apreciamos mucho la participación de las personas menores, pues la información que nos brinden ayudará a comprender mejor los problemas y las necesidades de las mujeres y hombres adolescentes y a pesar de que no recibirá ningún beneficio directo al colaborar en esta oportunidad, los datos que nos brinde serán usados para preparar un informe que buscará incidir en mejorar las políticas de salud sexual y reproductiva y el acceso a la provisión de servicios de calidad en este campo.

Si accede a que el/la menor participe, la discusión se llevará a cabo con otras 5 a 10 personas como el/ella. _____ moderará la discusión y _____ tomará nota de la conversación que tengamos. Durante la conversación no es necesario que ella hable sobre sus experiencias personales. Si no quiere contestar alguna de las preguntas o si se siente incómodo/a y prefiere no participar en cualquier parte de la discusión, puede permanecer en silencio.

La discusión durará más o menos una hora. Durante la sesión, no estará presente nadie más que las personas que participan del grupo, el/la moderador/a y yo. Toda la discusión será grabada si el grupo acepta, pero no se mencionará a nadie por su nombre durante la grabación. La información brindada por el grupo será guardada bajo estricta confidencialidad. La información registrada se considera confidencial y, aparte de mi persona y _____, nadie más tendrá acceso a las cintas.

No existe obligación alguna a participar en esta investigación. Negarse a participar no le afectará a usted ni a el/la menor de ningún modo.

Si tiene alguna pregunta puede hacérsela ahora o después.

¿Tiene alguna pregunta?

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque “sí” si está de acuerdo en participar en el grupo de discusión.

- Leí o alguien me leyó la información anterior.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas al respecto y me las contestaron satisfactoriamente.
- Acepto voluntariamente que el/la menor participe en el grupo de discusión.
- Estoy consciente de que tiene derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin dar explicación alguna. Estoy consciente de que tiene derecho de no contestar a alguna pregunta, sin dar ninguna razón.

Está usted de acuerdo que el/la menor participe en el grupo?

Sí

No:

¿Está usted de acuerdo en que la discusión sea grabada?

Si

No

Nombre de padre/madre/tutor de la participante:

(Favor, escribir en letra clara)

Firma del padre/madre/tutor de la participante _____

Lugar _____ Fecha ____, _____ 20_____

Yo certifico que di todas las informaciones arriba mencionadas y que la persona acepta voluntariamente a participar en el grupo:

Nombre de la persona que obtuvo el consentimiento _____

(Favor, escribir en letra clara)

Firma de la persona que obtuvo el consentimiento _____

Lugar _____ Fecha ____, _____ 20_____

Anexo No. 6.

Hoja de registro de entrevista

CÓDIGO DEL ENTREVISTA: RC1 (líder religioso).

CARGO ROL: Reverendo.

FECHA: 1/10/13 .

DURACION: 1 y 40 mints.

Memoria. Resumen

El reverendo de la iglesia Morava de la comunidad de Rama cay: C. M. mayor de edad, casado, tiene 12 hijos (7 varones y 5 mujeres), comenzó a trabajar desde 1974 como pastor de la iglesia.

Los problemas que enfrentan los jóvenes y adolescentes varía en cuanto a dificultades (las drogas, muchos licores, dejan sus estudios por sus embarazos y ya no siguen estudiando). Para Rama Cay es un problema muy importante, los profesores no se responsabilizan porque ellos también toman con ellos, a veces los profesores andan de goma y como iglesia se pide que la escuela, la iglesia y la familia trabajan de la mano, para formar sociedades más fuertes.

Los problemas que enfrenta los jóvenes y adolescentes varia dificultades (las drogas, muchos licores, dejan sus estudios por sus embarazos y ya no siguen estudiando). Los padres de familias no toma sus responsabilidades, se debe a los padres de familias, el papa anda tomando y la mama en la casa, entonces los hijos crecen en un ambiente de violencia y después van ellos con sus familias.

No sabe si existe SIDA en la comunidad, pero en la RAAS si y esto viene desde afuera esta enfermedad, no usan preservativo.

Las niñas cargan el agua, la mayoría de adolescentes y jóvenes se visten de faldas bajo la rodilla. Muchos jóvenes y adultos tomando, los jóvenes varones reunidos en diferentes partes, jugando béisbol, en short y chinelas, los jóvenes de las mujeres en los hogares, lavando en piedra y al sol, estaban cocinando, los jóvenes pasan en silencio, los hombres siguen hablando. Otros jóvenes adolescentes cargan leña en los botes, pescan. Se escuchó que la gente piensa que tiene sucio, pero no cortan las plantitas porque son medicinales. Las niñas cargan el agua, la mayoría de mujeres adolescentes y jóvenes se visten de faldas bajo la rodilla.

Si hace uso de la medicina tradicional, pero para las enfermedades de SIDA no hay esa práctica de medicina tradicional. Los jóvenes varones reunidos en diferentes partes, jugando béisbol, en short con chinelas, los jóvenes de las mujeres en los hogares, lavando en piedra y al sol, estaban cocinando, los jóvenes pasan en silencio los hombres siguen hablando.

Anexo No. 7.

Matriz para vaciado de la información de grupos focales

CÓDIGO DEL GF: FECHA :		EADAES: DURACIÓN:		
CATEGORÍA	Sub Categorías	TEMAS CLAVE QUE SURGIERON (Códigos en vivo).	Vínculos o relación en cada tema o a través de los temas (transversales.)	Patrones emergentes tomando en cuenta diferencias de género.
CONCEPTODE SSR	percepciones valoraciones información.			
Embarazo, ITS, VIH/ SIDA	Percepciones valoraciones información.			
Derechos Sexuales	Información.			
Políticas y Programas	Información, Valoración.			

Anexo No. 8.

Matriz para el análisis de cada grupo focal por cada categoría o tópico

Categoría 1	Temas claves emergentes	Diferencias o similitudes a través de os gf (educación, trabajo, genero, edad, etnia)	Implicaciones emergentes para políticas y programa
GF1			
GF2			
GF3			
GF4			

Anexo No. 9.

Matriz para vaciar información de las entrevistas

Código de entrevista:	Cargo rol:
Fecha:	Duración:

Memorándum:

Un resumen de los principales percepciones de las/los entrevistados/as.

Utilizar las categorías más relevantes de la que se obtuvo información

- Breve descripción de el-la entrevistada.
- SSR.
- ITS/VHI/SIDA/embarazo adolescente/violencia
- ser adolescente y joven.

Género

Identificación de categoría o códigos en vivo y su relación con las categorías construidas.

Reflexiones personales: impresión general de los investigadores.

Anexo No. 10.

Consolidado de entrevistas abiertas y en profundidad

MATRIZ PARA EL CONSOLIDADO DE ENTREVISTAS					
Categoría					
ENTREVISTA	Subcategorías				
	SSR	Adolescente	ITS-VIH-SIDA	Redes sociales	Redes familiares
AUTORIDADES					
MADRES / PADRES					
PASTOR					
Reflexiones personales: impresión general de los investigadores.					

Anexo No. 11.

Matriz para cruzar las conclusiones o derivaciones por semejanzas (coincidencias entre las personas entrevistadas) o diferencias (discrepancias entre las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes entrevistados)

Entrevistas	Categoría	Subcategoría	Semejanzas	Diferencias
Padres / madres	Participación en programas.	Participación adolescentes.		
	Concepto SSR.	Conocimientos sobre SSR.		
	Rol de redes Sociales y familiares.	Influencias de los padres/madres.		
Autoridades	Participación en programas.	Participación adolescentes.		
	Rol de redes Sociales y familiares.	Influencia de Redes sociales.		
	Conceptos sobre SSR.	Cocimiento SSR.		
Grupos focales	Categoría	Subcategoría	Semejanzas	Diferencias
Adolescentes	Participación en programas.	Participación adolescentes.		
	Conceptos SSR.	Conocimiento en SSR.		
	Rol Redes Sociales y familiares.	Influencia red social.		
		Influencia red familiar.		
	Rol de género.	Decisiones Influencias de acuerdo a género.		
	Identidad del adolescente y joven.	Ser adolescente.		
Redes sociales	Participación en programas.	Participación de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes.		
	Redes sociales y familiares.	Influencia de las redes sociales.		

Anexo No. 12.

Guía entrevista a madres y padres de familia

Buenos días/tardes

Soy... investigador/a social, y estoy apoyando una investigación de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y quisiera poder contar con su participación a través de una entrevista.

Se trata de un estudio cualitativo para conocer más sobre las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes de pueblos indígenas y afrodescendientes y estamos realizando entrevistas a distintas personas para conocer sus opiniones y experiencias.

Su participación es voluntaria, cuando lo desee puede no contestar alguna pregunta que le hagamos y también puede pedir que finalicemos la entrevista en cualquier momento.

La información que nos proporcione será confidencial, su nombre o cualquiera otra forma de identificación personal no aparecerán en el informe,

Si me permite, me gustaría grabar, porque todo lo que diga es importante y es muy difícil escribir tan rápido.

Si tiene alguna pregunta sobre lo anterior puede hacerla en este momento.

¿Acepta la entrevista?

¿Me autoriza grabar?

¡Muchas gracias!

Inscribir los datos de identificación: (no es parte de la entrevista, sólo identificadores)

Nombres y Apellidos

Lugar -----

Fecha.....

Identificación étnica:

Cargo/rol:

1. ¿Cómo está compuesta su familia?
2. ¿Qué puede contarnos sobre sus hijos/as adolescentes?
3. ¿Estos hijos/as cuántos años tienen?
4. Cuéntenos un poco de cada uno/a de ellos/as. ¿Cómo son? ¿A qué se dedican sus hijos/as?
5. ¿Tiene nietos/as? ¿De qué edades? ¿A qué edad se embarazó su hija? ¿Querían embarazarse? ¿Con quiénes viven sus nietos/as?
6. ¿Por qué cree usted que sus hijos/as se embarazaron a esa edad?
7. ¿Es común que las mujeres y hombres jóvenes se embaracen temprano aquí en Bluefields?
8. ¿Qué otros problemas tienen aquí en Bluefields las mujeres y hombres adolescentes? ¿Qué consecuencias tienen estos problemas? (si no sale, preguntar específicamente sobre ITS, VIH y violencia sexual).
9. ¿En la familia se habla de estos problemas? (preguntar específicamente si no sale por embarazo adolescente, ITS/VIH y violencia sexual)
10. ¿Se utiliza la medicina tradicional para abordar estos problemas? ¿De qué manera?
11. A nivel general, ¿Quiénes se ocupan de estos problemas? (autoridades, salud, educación, iglesia)
12. ¿A dónde acuden las personas adolescentes cuando tienen estos problemas?
13. ¿Con quiénes hablan sobre sus problemas?
14. ¿Las adolescentes tienen la información necesaria para prevenir embarazos, ITS, violencia...? ¿Por qué? ¿De dónde la obtienen?
15. ¿Las familias tienen alguna fiesta o celebración relacionada con la adolescencia?
16. ¿Cuáles son las cosas que han cambiado en las mujeres y hombres adolescentes hoy de cuando usted era adolescente? ¿Qué ha originado estos cambios? ¿Cuáles son las consecuencias de estos cambios?
17. ¿Cree que hoy las mujeres adolescentes tienen los mismos derechos que los hombres adolescentes? ¿Por qué?

Guía entrevista a líderes comunitarios

Buenos días/tardes

Soy... investigador/a social, y estoy apoyando una investigación de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y quisiera poder contar con su participación a través de una entrevista.

Se trata de un estudio cualitativo para conocer más sobre las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes de pueblos indígenas y afrodescendientes y estamos realizando entrevistas a distintas personas para conocer sus opiniones y experiencias.

Su participación es voluntaria, cuando lo desee puede no contestar alguna pregunta que le hagamos y también puede pedir que finalicemos la entrevista en cualquier momento.

La información que nos proporcione será confidencial, su nombre o cualquiera otra forma de identificación personal no aparecerán en el informe,

Si me permite, me gustaría grabar, porque todo lo que diga es importante y es muy difícil escribir tan rápido.

Si tiene alguna pregunta sobre lo anterior puede hacerla en este momento.

¿Acepta la entrevista?

¿Me autoriza grabar?

¡Muchas gracias!

Guía de entrevista abierta

Inscribir los datos de identificación: (no es parte de la entrevista, sólo identificadores)

Nombres y Apellidos

Lugar -----

Fecha.....

Identificación étnica:.....

Cargo/rol:

1. ¿Cuáles son los problemas que enfrentan las mujeres y hombres jóvenes y adolescentes (ITS, VIH, embarazo, violencia sexual?)
2. ¿Qué hacen los líderes comunitarios con respecto a estos problemas?
3. ¿Qué cambios han ocurrido en la vida de los jóvenes en la comunidad a causa de estas problemáticas?
4. ¿Durante las planificaciones que elabora a nivel comunitario, existe una participación de las mujeres y hombres adolescentes y jóvenes durante el proceso?
5. Ha participado en talleres, capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva en la comunidad? ¿sí o no por qué?
6. Si en la comunidad se da un caso de embarazo a adolescentes, ¿por qué se da y cuáles son las causas? (Hacer la misma pregunta para casos de ITS/VIH, Sida y violencia sexual).

7. ¿Existe una coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud en la comunidad con respecto a la salud sexual y reproductivas en los y las adolescentes y jóvenes de la comunidad?
8. ¿Cuáles son las actividades que establece la comunidad para los y las adolescentes y jóvenes durante estas etapas?
9. ¿Cuáles son las entidades comunitarias que usted considera que puede mejorar la situación de adolescentes y jóvenes?
10. ¿La comunidad se hace uso de la medicina tradicional?
11. ¿Cuál es la práctica de medicina tradicional que más se utilizan en la comunidad para prevenir las enfermedades?
12. En relación a la salud de las personas adolescentes específicamente, cómo se utiliza?
13. ¿Si hay una infección de transmisión sexual o el embarazo no deseado si hay una práctica de medicina tradicional en la comunidad quién o quiénes lo practican?
14. ¿De qué manera la partera brinda atención a las jóvenes que salen embarazadas dentro de la misma comunidad y ¿cómo lo hace? Las adolescentes embarazadas acuden al servicio de salud o prefieren la partera? ¿Por qué?
15. ¿Cómo valora usted estas atenciones que se dan a nivel comunitario?
16. ¿Cuáles son los principales problemas de los jóvenes y adolescentes que desea cambiar en la comunidad?
17. Ha tenido caso de violencia sexual a jóvenes y adolescentes? ¿De qué forma ha resuelto?
18. Hay instituciones u organizaciones que inciden a estos problemas de los jóvenes y adolescentes, ¿cuáles son? ¿Cuáles son sus principales actividades?

Anexo No. 13.

Matriz de relación de opiniones por categoría o estamento (ejemplo)

Conclusión categoría	Relación	Estamento
----------------------	----------	-----------

Participación en programas	Los adolescentes no quieren participar.		Padres/ Madres. Redes sociales. Adolescentes. Jóvenes. Autoridades.
	Los adolescentes no tienen espacios para participar y no se les ofrece la opción de participar.		
	Las personas adolescentes si participan en algunas actividades (colegio e iglesias.		
	Antes la gente adolescente participaban más, ahora ya no quieren.		
Concepto SSR	El principal problema es alcohol y drogas.		Padres/madres. Autoridades. Adolescentes.
	Es importante para los adolescentes conocer esta información.		
	Es importante principalmente sobre ITS/VIH.		
	El embarazo es uno de los principales problemas.		

Anexo No. 14.

Matriz para relacionar o cruzar las conclusiones de los grupos investigados con las preguntas de investigación

Entrevistas	Pregunta de investigación	Categoría	Semejanzas	Diferencias
Entrevistas Pregunta de investigación Categoría Semejanzas Diferencias	¿Cómo los y las adolescentes y jóvenes: acceden, participan y ejercen sus derechos de acuerdo con las actuales políticas nacionales de SSR en contextos interculturales?	Participación en programas.		
	¿Cuáles son los factores y motivaciones que influyen la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes respecto a la SSR: ITS, VIH/Sida y violencia sexuales?	Concepto de SSR. Rol de redes familiares.		
Autoridades	¿Cómo las personas adolescentes y jóvenes: acceden, participan y ejercen sus derechos de acuerdo con las actuales políticas nacionales de SSR en contextos interculturales?	Participación en programas.		
	¿Cuáles son los factores y motivaciones que influyen la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes respecto a la SSR: ITS, VIH/Sida y violencia sexuales?	Redes sociales. Conceptos sobre SSR.		
Grupos focales	Preguntas de investigación	Categoría	Semejanzas	Diferencias
Adolescentes	¿Cómo las personas adolescentes y jóvenes: acceden, participan y ejercen sus derechos de acuerdo con las actuales políticas nacionales de SSR en contextos interculturales?	Participación en programas.		
	¿Cuáles son los factores y motivaciones que influyen la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes respecto a la SSR: ITS, VIH/Sida y violencia sexuales?	Conceptos SSR.		
		Redes Sociales.		
		Redes familiares.		
		Roles de género.		
	Identidad del adolescente y joven.			
Redes sociales	¿Cómo las personas adolescentes y jóvenes: acceden, participan y ejercen sus derechos de acuerdo con las actuales políticas nacionales de SSR en contextos interculturales?	Participación en programas.		
	¿Cuáles son los factores y motivaciones que influyen la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes respecto a la SSR: ITS, VIH/Sida y violencia sexuales?	Redes sociales.		

“ ”

Durante 40 años, el UNFPA se ha esforzado por mejorar la salud reproductiva en el mundo en desarrollo, incluidos los servicios de planificación familiar, y ha apoyado a los países para que encuentren un equilibrio equitativo y sostenible entre población y desarrollo

- Ban Ki-Moon

**Secretario General de las Naciones Unidas,
en ocasión del Día Mundial de la Población 2010.**

