

Informe

Valores, Normas, Actitudes y Comportamientos Sexuales En Adolescentes y Jóvenes

*(Estudio Cualitativo en los Municipios de
Atrá y Coronel Bogado)*

Elaborado para el Proyecto Alianza Para la Salud
Por Julio Córdova
Junio de 2004



INDICE

Pág.

Parte I CONTEXTUALIZACIÓN

ANTECEDENTES	5
--------------------	---

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	6
---	---

- Objetivos (6)
- Ámbito del Estudio (6)
- Segmentos de la Población y Técnicas de Estudio (7)
- Implementación del Estudio (7)
- Contenido del Informe (8)

Parte II VALORES Y PRÁCTICAS SEXUALES EN ADOLESCENTES

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
-------------------------------------	----

2. LA FORMACIÓN DE UNA SUB CULTURA SEXUAL ADOLESCENTE	11
---	----

- 2.1. Cotidianidad Vs. Prohibición (13)
- 2.2. Fidelidad vs. Inequidad de Género (16)
- 2.3. Placer Vs. Planificación (18)

3. LAS FUENTES DE INFORMACIÓN / FORMACIÓN EN LA SUBCULTURA SEXUAL ADOLESCENTE	19
---	----

- 3.1. La Cultura Sexual Tradicional (21)
- 3.2. Los Medios Masivos de Comunicación (22)
- 3.3. Colegio (23)
- 3.4. Intervenciones Institucionales IEC de Prevención (24)
- 3.5. El Grupo de Pares (24)

4. COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y ETAPAS DE PELIGRO	25
---	----

- 4.1. Etapas en el Inicio de la Actividad Sexual en Mujeres Adolescentes (25)
- 4.2. Etapas en el Inicio de la Actividad Sexual en Hombres Adolescentes (32)

5. ACTITUDES FRENTE AL USO DEL PRESERVATIVO	35
---	----

6. PERCEPCIONES Y ACTITUDES FRENTE A LAS ITS Y EL VIH/SIDA	39
---	----

7. PERCEPCIONES Y ACTITUDES FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL	41
7.1. Percepciones y Actitudes en las Adolescentes (41)	
7.2. Percepciones y Actitudes en los Adolescentes (42)	

8. CONCLUSIONES	42
------------------------------	-----------

**Parte III
VALORES Y PRÁCTICAS SEXUALES EN JÓVENES ADULTOS/AS**

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
--	-----------

10. EL CÍRCULO DE APOYO FEMENINO, COMO CLAVE PARA ENTENDER LA FORMACIÓN DE HÁBITOS EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	47
---	-----------

- 10.1. Composición del Círculo Femenino de Apoyo (48)
- 10.2. La Función del Apoyo Emocional (50)
- 10.3. Transmisión de Valores y Normas (50)

11. USO Y EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL	53
---	-----------

- 11.1. Uso y Evaluación de los Sistemas de Atención Materno Infantil (53)
- 11.2. Uso y Evaluación de los Servicios de Salud (57)

12. RECONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES	58
--	-----------

13. USO DE MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	60
--	-----------

14. ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN FRENTE A LAS ITS	64
--	-----------

15. EVALUACIÓN Y DEMANDAS RESPECTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	64
---	-----------

16. CONCLUSIONES	65
-------------------------------	-----------

**Parte IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
---	-----------

Parte I

Contextualización

ANTECEDENTES.

El presente informe es el resultado de un estudio cualitativo realizado en el marco de la aplicación del Proyecto Alianza Para la Salud, integrado actualmente por el CIRD y Prime II.

El objetivo de este proyecto es mejorar la prestación de servicios de salud reproductiva, con énfasis en planificación familiar, aumentando la accesibilidad, calidad y sostenibilidad de los mismos, por medio de la gestión descentralizada.

Para el logro de los objetivos del Proyecto, se realizó durante el año 2002 un estudio de línea de base que permita identificar el nivel de los indicadores con los cuales partía el Proyecto.

Al presente se ha visto por conveniente complementar esta información de línea de base, con un estudio cualitativo que permita identificar los valores, las normas, las percepciones, actitudes y práctica de la población objetivo, respecto de su sexualidad en general, y particularmente respecto del uso de los servicios de salud sexual y reproductiva existentes en su contexto.

Esta información cualitativa debe ayudar a diseñar una estrategia que permita potenciar el trabajo que el Proyecto Alianza para la Salud viene desarrollando a partir del 2002.

El presente documento, expone los resultados de esta investigación cualitativa realizada durante los meses de abril y mayo del año 2004.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.

Objetivos

Los objetivos generales que guiaron el diseño y aplicación del estudio cualitativo complementario fueron los siguientes:

Identificar:

- El conocimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva ofertados.
- La toma de decisiones por parte de la comunidad en la búsqueda de estos servicios de SSR.
- La accesibilidad de la comunidad a la atención de los servicios de SSR (localización, costo, transporte).
- La utilización, aceptabilidad (calidad, beneficios) de estos servicios de SSR por parte de la comunidad, haciendo énfasis en las percepciones, actitudes y prácticas de la comunidad y de los proveedores de salud.

mbito del Estudio.

La presente investigación cualitativa se realizó en dos municipios donde trabaja el Proyecto Alianza para la Salud:

- Atyr
- Coronel Bogado

En cada municipio se escogieron dos ámbitos de estudio: uno urbano y el otro rural:

- En el municipio de Atyr el trabajo de campo se realizó en:
 - Atyr Centro (población urbana)
 - Bernardino Caballero (población rural)
- En el municipio de Coronel Bogado se escogieron dos poblaciones:
 - Coronel Bogado (población urbana)
 - Cristo Rey (población rural)

Segmentos de la Población y Técnicas de Estudio.

En el diseño del estudio, se definieron los siguientes segmentos de estudio, y las siguientes técnicas de investigación:

Segmentos		Técnica	Ayrá	Bernardino Caballero	Cnel. Bogado	Cristo Rey	Total
Nivel 1: Estudio en la Comunidad							
Adolescentes de 15 a 17 años sin hijos y solteros/as	Mujeres	GF	1	1	1	1	4
	Hombres	EP	1	1	1	1	4
Personas con por lo menos 1 hijo.	Mujeres 24 a 30 años	GF	1	1	1	1	4
	Hombres 24 a 35 años	EP	1	1	1	1	4
Informantes claves	Parteras empiricas	EP	1	1	1	1	4
	Abuelas	EP	1	1	1	1	4
	Farmacéuticos	EP	1		1		2
	Promotores de salud	EP	1		1		2
Lideres de opinión	Consejo de salud miembro.	EP	1		1		2
Nivel 2: Estudio en el Servicio de Salud							
Proveedores de salud	Médico/Ginecólogo u Obstetra	EP	1		1		2
	Enfermeras/Auxiliares		1		1		2
	Director Centro de Salud		1		1		2
Nivel 3: Estudio Entre Tomadores de Decisión							
En Salud	Intendente Municipal	EP	1		1		2

Entrevistas en profundidad: EP
 Grupo Focal: GF

Implementación del Estudio.

De acuerdo a los objetivos del estudio y a los segmentos definidos, se elaboraron instrumentos de investigación (guías de grupos focales y guías de entrevistas en profundidad).

Los días 13 y 14 de abril se realizó un taller para ajustar el diseño de la investigación y los instrumentos de recogida de información.

La agencia GEO estuvo a cargo del trabajo de campo durante la segunda quincena de abril y la primera de mayo del presente año. Además GEO se encargó de transcribir tanto los grupos focales como las entrevistas en profundidad.

Del 17 al 19 de mayo, se realizó un taller de análisis de resultados, en el cual participaron los investigadores de GEO, el personal del CIRD y Prime II y el consultor que elaboró los instrumentos de investigación.

Los últimos días de mayo y durante el mes de junio, el consultor externo estudi en detalle la información y los resultados del taller de análisis de resultados, y en base a estos insumos se elaboró el presente documento que presenta la información obtenida en el estudio cualitativo.

Contenido del Informe.

Este informe está dividido en cuatro partes. En la primera se presenta una contextualización del trabajo de investigación para dar una idea al lector de las motivaciones del estudio, y de las características técnicas del mismo. En la segunda parte se presentan los resultados correspondientes a los valores, normas y prácticas de los/as adolescentes de 15 a 17 años. En la tercera parte del documento se exponen los resultados correspondientes a mujeres y varones con hijos entre 24 a 35 años. Finalmente, en la tercera parte se proponen un conjunto de conclusiones y recomendaciones, en función de la elaboración de una estrategia que permita potenciar el trabajo que está llevando a cabo el Proyecto Alianza Para la Salud.

Junio de 2004
Julio Córdova

Parte II

Valores, Normas, Actitudes y Prácticas Asociadas a la Sexualidad y al Uso de Servicios de Salud Sexual En Adolescentes de 15 a 18 Años

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estudio sobre los valores, normas, actitudes y prácticas que conforman la sexualidad de adolescentes, y su relación con los servicios de salud sexual, partió de la siguiente premisa: en los lugares donde debe intervenir el Proyecto Alianza, como en gran parte de Paraguay, se observa una creciente presencia del embarazo adolescente.

Desde la percepción de los/as proveedores/as de salud, es cada vez más notoria la cantidad de adolescentes entre 13 a 16 años, embarazadas, que acuden a los servicios de salud. Al mismo tiempo, esta población adolescente no usa los servicios de salud sexual de los servicios de salud, excepto para confirmar embarazos entre las mujeres, y, en algunos casos excepcionales, para confirmar y tratar la presencia de alguna ITS.

El embarazo adolescente implica el inicio de la actividad sexual a edades cada vez menores, sin que los/as adolescentes hayan desarrollado las destrezas y habilidades para una vida sexual saludable. Ello implica el riesgo no sólo de embarazos no deseados, sino también de contraer ITS.

Como se verá más adelante, los embarazos adolescentes no deseados, están asociados a la reproducción de las condiciones de pobreza, en la medida en que los mismos limitan la continuidad de la educación formal y/o el ingreso al mercado laboral en mejores condiciones, especialmente para la mujer.

Por otro lado, un embarazo adolescente puede motivar prácticas asociadas al aborto, que ponen en serio riesgo la integridad de las propias mujeres.

La posibilidad de actuar sobre este segmento de la población a partir de los servicios de salud, es limitada, en la medida en que los/as adolescentes no acuden a estos servicios en busca de información sobre métodos de planificación familiar y sobre prevención de ITS. Menos aún acuden para proveerse de preservativos, a pesar que en varios casos, los mismos están disponibles en los servicios de salud a bajo costo o aún gratuitamente.

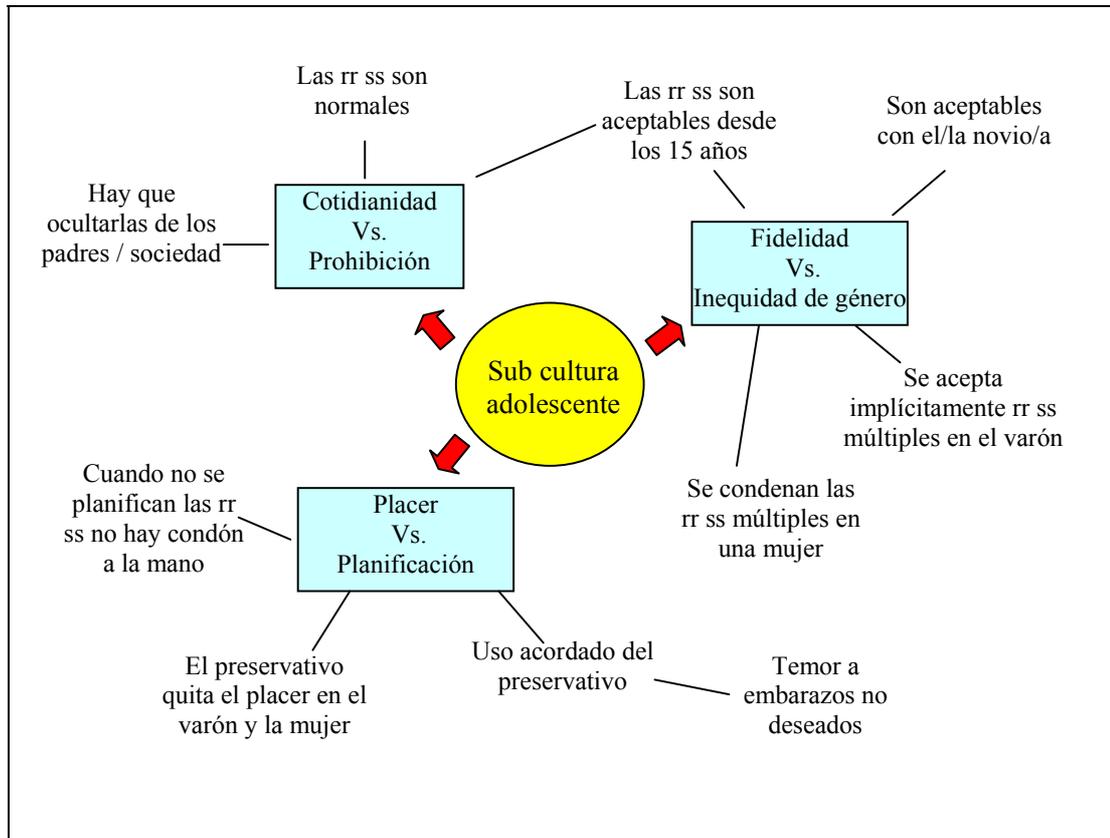
Entender el marco perceptual y normativo, que condiciona las prácticas adolescentes respecto de su sexualidad en general, y respecto del uso del preservativo en las relaciones sexuales, y el uso de los servicios de salud sexual en particular, ayudará a plantear estrategias de intervención más adecuadas y, por tanto, más eficaces, para disminuir la cantidad de embarazos adolescentes, y para estimular prácticas sexuales más saludables.

2. LA FORMACIÓN DE UNA SUB CULTURA SEXUAL ADOLESCENTE.

En el presente estudio cualitativo se ha identificado la presencia de lo que podría llamarse una sub cultura adolescente sobre la sexualidad y las relaciones sexuales.

Esta sub cultura da sentido y condiciona las prácticas sexuales de los/as adolescentes, y permite que las mismas se consoliden o se transformen. Por tanto, entender las características de la misma, ayudará a comprender mejor las prácticas sexuales de este segmento.

En la siguiente ilustración se presentan los rasgos más importantes de esta sub cultura sexual adolescente:



En la presente ilustración se presentan tanto los valores como las normas que conforman la sub cultura sexual adolescente identificada en el estudio. Como se puede apreciar en la ilustración, la sub cultura adolescente comparte características tanto de lo que podríamos llamar una cultura sexual más tradicional (prohibición, dificultades en la planificación de las relaciones sexuales, inequidad de género), y características de una cultura sexual renovada (aceptación de las relaciones sexuales como algo cotidiano, inclinación a la planificación, y acuerdos hombre – mujer para el uso del preservativo).

Estos rasgos compartidos entre diferentes culturas sexuales, genera al interior de la sub cultura adolescente, tensiones y contradicciones en sus valores, que se expresan también en normas que se contradicen unas a otras, como se verá a continuación:

2.1. Cotidianidad Vs. Prohibición.

Es importante destacar que las relaciones sexuales se han convertido en parte de la cotidianidad en la experiencia de los/as adolescentes entrevistados para el presente estudio.

En este sentido, han dejado de ser un tabú, o una experiencia reservada solo para el matrimonio. Estas experiencias son tan normales en la vida de los/as adolescentes, que se convierten en parte de su socialización. Tanto los varones como las mujeres comentan respecto de estas experiencias en sus grupos de amigos/as. El hablar sobre las relaciones sexuales es muy frecuente y también normal entre adolescentes.

Esta socialización de las experiencias respecto de las relaciones sexuales, genera en los/as más jóvenes (de 12 o 13 años) que aún no han tenido relaciones sexuales, la curiosidad por conocer las sensaciones y vivencias en una relación sexual.

Al mismo tiempo, esta socialización se constituye en una especie de presión social para aquellos/as que aún no han tenido relaciones sexuales.

Es en este contexto que los/as adolescentes comienzan con sus primeras relaciones sexuales. La mayoría de nuestros entrevistados/as, tanto por su experiencia personal, como por la experiencia de su círculo de amigos/as, estima que ahora las relaciones sexuales comienzan desde los 12 o 13 años, especialmente entre las mujeres. Mientras que entre los varones esta experiencia se retrasa un poco, hasta los 15 a 16 años.

Así, en la sub cultura sexual de los/as adolescentes, la “virginidad”, especialmente de las mujeres, ha dejado de ser un bien simbólico codiciado, como tal vez podría ser la postura de los discursos oficiales institucionalizados, especialmente en la Iglesia. Los varones ya no esperan que su novia y/o esposa sea virgen. Tampoco las mujeres están buscando “guardar” la virginidad para el matrimonio.

Esta normalidad de las relaciones sexuales, choca con un cierto sentido de prohibición en el ámbito de la familia, la escuela y la iglesia. En el mundo de los adultos y en el discurso oficial de las instituciones, se trata de desestimular las relaciones sexuales adolescentes. Pero, más importante que esta prohibición institucional, lo que realmente preocupa a los/as adolescentes, son las sanciones informales de los/as adultos/as, expresadas a través del “chisme” y de los comentarios, especialmente en pueblos y comunidades pequeñas.

Sin embargo, no se trata de una situación conflictiva entre la sub cultura adolescente, y los valores oficiales de los/as adultos/as que censuran las relaciones sexuales antes del matrimonio. Más bien se trata de una co existencia más o menos pacífica.

Es más, de acuerdo a lo expresado por las personas entrevistadas en el estudio, los padres y madres entienden que la posibilidad que sus hijos/as están teniendo relaciones sexuales es alta, especialmente cuando estn de novios/as. Según la experiencia relatada por varios/as adolescentes, especialmente de los centros urbanos en Atyr y Coronel Bogado, varias madres recomiendan a sus hijos/as a usar el preservativo “en caso” de estar teniendo relaciones sexuales, “para evitar embarazos no deseados”.

Esta especie de aceptación más o menos tácita de las relaciones sexuales que los/as hijos/as tienen en su adolescencia, se puede evidenciar cuando, en algún momento, la hija debe comunicar a sus padres que está embarazada. Tanto por su experiencia, como por la experiencia de alguna amigas, varias adolescentes expresaron su sorpresa cuando sus padres/madres, “aceptaron” el embarazo de sus hijas, sin que ello implique fuertes reprimendas, o la eventual “expulsión” del hogar, que es lo que temen las adolescentes.

Es decir que, cuando los padres y madres se enteran del embarazo de su hija adolescente, expresan molestia y “decepción” en un principio, pero después aceptan la situación rápidamente, aún para sorpresa de las propias hijas. Esta actitud de los padres y madres parece indicar que, de alguna manera, ellos y ellas “aceptan” una realidad que saben está muy extendida: las relaciones sexuales de sus hijos e hijas desde casi la edad de la pubertad.

Este valor contradictorio de la “cotidianidad vs. la prohibición” genera en la sub cultura sexual del adolescente dos normas que condicionan sus prácticas en esta rea:

- Por un lado, el/la adolescente busca ocultar sus relaciones sexuales del mundo de los/as adultos/as
- Por otro lado, el/la adolescente acepta estas relaciones sexuales como algo normal, y las socializa en el mundo de los/as adolescentes.

El mundo de los/as adultos/as está constituido para el/la adolescente por tres esferas concéntricas:

- La esfera familiar del padre y la madre
- La esfera social del vecindario y el pueblo
- La esfera institucional (escuela, iglesia, servicios de salud, medios masivos de comunicaci3n)

Como se verá más adelante, de la esfera institucional el/la adolescente recibe informaci3n sobre sexualidad, uso del preservativo y prevenci3n de ITS y VIH/SIDA¹.

Lo que más preocupa a los/as adolescentes es recibir la “condena social” de la esfera social del vecindario y del pueblo, y las reacciones negativas de sus padres si se enteran que tiene relaciones sexuales. La condena moral del vecindario y el pueblo se traduce en los temidos “chismes” y “comentarios”. En tanto que se temen los golpes y la expulsi3n del hogar de parte de los padres.

A pesar de esta diferenciaci3n del “mundo adulto” con sus normas sexuales oficiales orientadas a la prohibici3n, y el “mundo adolescente” con sus propias normas sexuales orientadas a la práctica de relaciones sexuales desde la adolescencia, existen puentes que vinculan a ambos, aunque sea de manera débil:

- En algunos casos es la propia madre del/la adolescente quien sirve de vínculo entre ambos mundos. Sobre todo por la iniciativa de ella antes que del/a adolescente. Especialmente en los centros urbanos, algunas madres buscan hablar sobre c3mo prevenir de embarazos no deseados a sus hijas adolescentes.
- En varios casos, el puente entre ambos mundos es algún profesor de confianza, con el que se habla sobre estos temas, a quien se le consulta.

En la mayoría de los casos, los/as proveedores de salud no se constituyen en puentes que puedan vincular a ambos mundos (el de los/as adultos y el de los/as adolescentes). El contacto de los proveedores/as con los/as adolescentes es casi inexistente.

La gran excepci3n a esta regla está dada por el rol que cumple la enfermera de la compana de Cristo Rey. Según la informaci3n obtenida en el estudio,

¹ Varias adolescentes, especialmente en el centro urbano de Atyr, afirmaron que recibieron informaci3n sobre sexualidad y métodos de prevenci3n de ITS y embarazos no deseados, en los cursos para la confirmaci3n en la parroquia del lugar.

ella se ha constituido en un puente importante entre ambos mundos, principalmente por su sentido de confidencialidad. Ella no cuenta a nadie qué adolescentes buscan preservativos, cuales pudieran estar embarazadas, o tal vez quién tiene alguna ITS.

Además, esta enfermera parece estar en contacto regular con los/as adolescentes. Se ha vuelto en confidente de algunas de ellas. Al parecer, les provee de preservativos de manera confidencial.

Esto le ha permitido constituirse en un puente importante entre el mundo adolescente y el mundo adulto, jugando así un rol preponderante en la transmisión de información adecuada sobre sexualidad y prevención de embarazos e ITS, y de provisión de preservativos.

Este caso muestra que, en la medida en que un/una proveedor/a de salud se constituya en un puente adecuado entre ambos mundos, logrará cumplir satisfactoriamente su rol de entrega de servicios de salud sexual, especialmente en el área de la consejería y prevención.

2.2. Fidelidad vs. Inequidad de Género.

Un segundo valor que conforma la sub cultura sexual del/la adolescente es la relación entre fidelidad y la inequidad de género.

A diferencia de la cultura sexual de los/as adultos/as, en la sub cultura adolescente, la fidelidad no se entiende como fidelidad sexual dentro del matrimonio, sino dentro de la relación de un noviazgo estable.

Es decir, cuando las relaciones sexuales se dan en el marco de un noviazgo estable, entonces se aceptan como “buenas”, porque expresan fidelidad, amor y respeto.

Este valor es enfatizado especialmente por las mujeres. Para ellas es muy importante que quede claro que tienen relaciones sexuales con su novio estable, y que no están buscando relaciones fáciles con “cualquier hombre que se les cruce en el camino”.

A diferencia de los varones, las mujeres enfatizan mucho el tema del amor romántico, como condición para tener relaciones sexuales. Las mismas son vistas como una expresión del amor hacia sus novios.

En cambio, los varones minimizan esta dimensión romántica de las relaciones sexuales. Aunque ellos también asumen el concepto de fidelidad sexual con la novia, esta fidelidad no es entendida en el marco del amor romántico. Más bien, en la mayoría de los casos, la fidelidad sexual con la

novia es entendida por los varones como una práctica razonable para evitar ITS.

El concepto de “noviazgo estable” se asocia a dos elementos, especialmente desde el punto de vista de las mujeres:

- A una relación romántica con un tiempo mínimo determinado: en la mayoría de los casos se trata de seis meses. Desde el punto de vista de las mujeres, si la relación tiene seis meses, entonces hay como un permiso implícito para tener relaciones sexuales, “porque ya es un noviazgo estable”.
- El segundo elemento al que se relaciona un noviazgo estable es a la posibilidad de presentar al novio a los padres. Si la relación es suficientemente estable, de modo que los padres conocen al novio, dan el consentimiento para que él busque a la adolescente en su casa, y salga con ella, entonces se trata de un noviazgo estable.

El noviazgo estable no implica necesariamente matrimonio. Pero, desde el punto de vista de las adolescentes, implica que una no está teniendo relaciones sexuales con cualquier hombre; es decir, que una no es una prostituta. Sino más bien que espera a tener una relación más seria para tener relaciones sexuales.

Esta norma adolescente: la fidelidad sexual en un noviazgo estable, se aplica de diferente manera a hombres y mujeres, expresando con ello algunos valores provenientes de una cultura sexual más tradicional, asociada a la inequidad de género.

En efecto, aunque sabe que la norma adolescente apunta a la fidelidad sexual con la novia, hay códigos implícitos en la sub cultura adolescente, tanto de hombres como de mujeres. La idea es que, si un varón tiene relaciones sexuales con varias mujeres, entonces está demostrada su masculinidad y su capacidad sexual. Es un “hombre deseable”.

Por tanto, de alguna manera se acepta que el varón incumpla la norma adolescente de fidelidad sexual con la novia. Esta aceptación no es explícita, sino más bien implícita. A nivel del discurso, las mujeres piden fidelidad sexual a sus novios; pero siempre está abierta la posibilidad que sus novios les sean infieles.

Es más, la inclinación natural de las mujeres es “justificar” la infidelidad sexual de sus novios, “echando la culpa” a las propias mujeres. La idea aquí es que las mujeres más adolescentes (de 12 o 13 años) “son más lanzadas”

(agresivas sexualmente) que antes. Estas “nenitas bobas” buscan a sus novios para tener sus primeras experiencias sexuales. De ahí se explica la infidelidad sexual de los novios: se los “comprende”.

En cambio, la infidelidad sexual de una adolescente hacia su novio, es vista con tonos más negativos. La misma se asocia a una mujer “que está buscando a cualquier hombre” para acostarse con él. No es precisamente una “prostituta”, pero tampoco es una “mujer normal”.

2.3. Placer Vs. Planificación.

El tercer par de valores que conforman la sub cultura adolescente es la relación siempre conflictiva entre placer y planificación, que tiene que ver con el uso del preservativo en las relaciones sexuales.

Es importante destacar que, a diferencia de una cultura sexual más tradicional, el tema del placer en las relaciones sexuales está notoriamente presente en las percepciones y actitudes de las adolescentes que participaron en el presente estudio.

La mayoría de ellas han asumido que las relaciones sexuales no sólo son para dar placer el novio; sino también, y sobre todo, para que ellas sientan placer. El concepto es “gozar del sexo”.

Varias de nuestras entrevistadas afirmaron en los grupos focales que “la primera vez” una no siente placer; sino más bien dolor. Algo parecido pasa la segunda vez. Pero desde la tercera relación sexual “una ya puede gozar del sexo”.

Ahora bien, el uso del preservativo está asociado tanto entre hombres como entre mujeres a un menor placer en las relaciones sexuales. En ambos casos, el tener relaciones sexuales usando un preservativo:

- Es incómodo
- No se siente nada
- Da asco
- Pero es necesario para evitar el embarazo.

Este concepto de placer debe convivir conflictivamente con el valor de la planificación. Es decir que, en la medida en que exista una cierta planificación de las relaciones sexuales, y en la medida en que la adolescente y su pareja se pongan de acuerdo en usar el preservativo, es más probable que el valor de la planificación se sobreponga al valor del placer.

Contrariamente, en la medida en que no se planifiquen las relaciones sexuales, lo más probable es que en el momento en que éstas se presenten, “no haya un condón a la mano”. En estos casos, el valor del placer se sobre pone al valor de la planificación.

Como se verá más adelante, la posibilidad de planificar las relaciones sexuales depende de dos factores esenciales:

- La estabilidad en una relación de noviazgo.
- La accesibilidad a los preservativos de manera privada y en el marco de la confidencialidad.

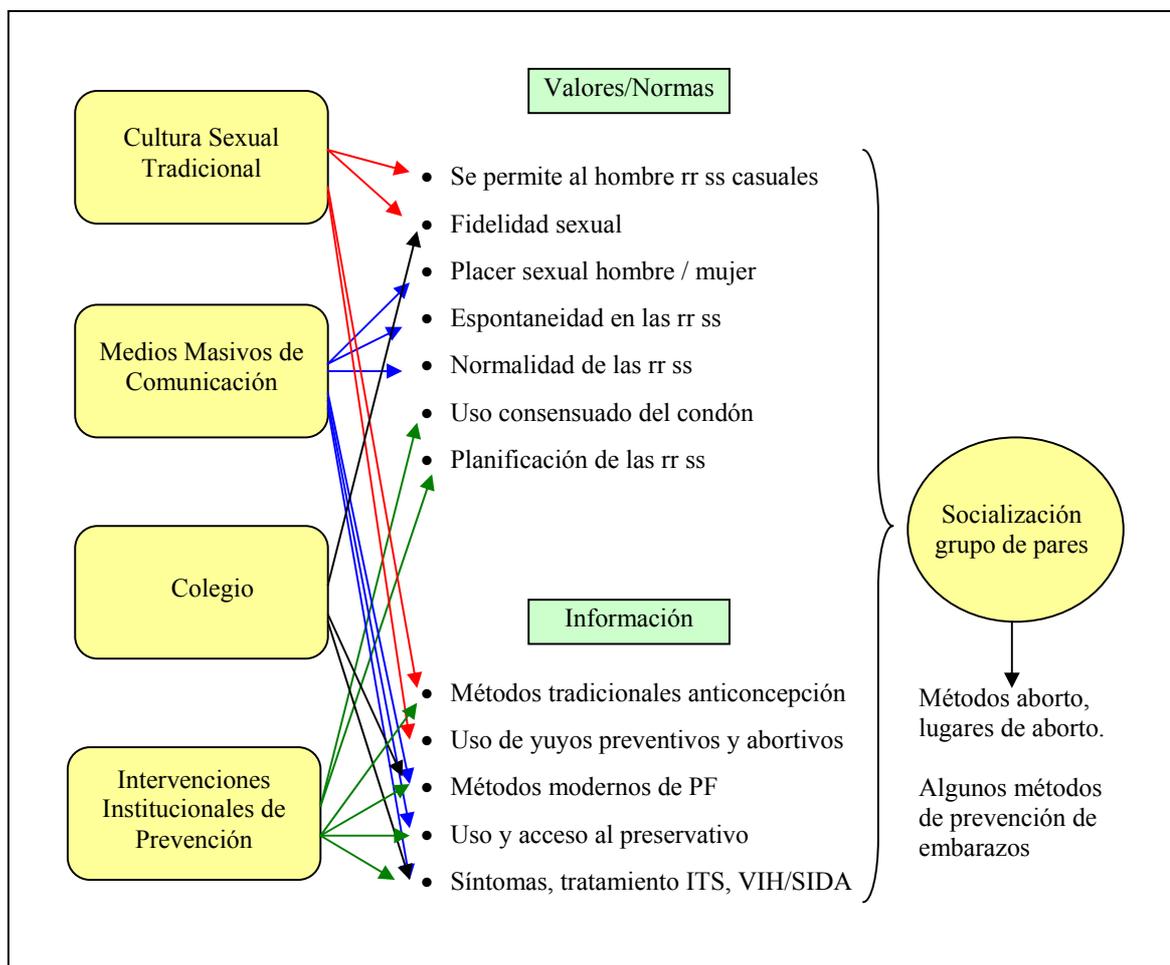
En el supuesto que los adolescentes tengan un nivel de instrucción secundaria, la estabilidad en una relación de noviazgo permite establecer acuerdos compartidos de prevención de embarazos no deseados y del consiguiente uso del preservativo.

En algunos casos es posible establecer ciertas pautas más o menos estables en sus relaciones sexuales, de modo que puedan usar el preservativo de manera un poco más consistente, esencialmente para evitar embarazos.

Si junto a esta estabilidad está presente la posibilidad de un acceso más o menos permanente a los preservativos, sin que ellos signifique comentarios y “chismes” en el barrio / pueblo, la posibilidad de uso del preservativo aumenta significativamente.

3. LAS FUENTES DE INFORMACIÓN / FORMACIÓN EN LA SUB CULTURA SEXUAL ADOLESCENTE.

Una vez que se han descrito las principales características de la sub cultura sexual del/la adolescente, se pasa ahora a analizar las principales fuentes de información y formación de valores de la misma, como se observa en la siguiente ilustración:



Como se puede apreciar en esta ilustración, la sub cultura sexual adolescente se nutre de diferentes fuentes de formación de valores y normas, y de información.

En términos generales se puede afirmar que los valores / normas y la información que dan a esta sub cultura adolescente algunos rasgos tradicionales provienen de la cultura sexual de la comunidad / barrio, que se socializa principalmente a través del ámbito familiar (tanto nuclear, como extendido), y en segundo lugar a través del contacto con adultos del barrio / comunidad.

En cambio, los valores / normas y la información de carácter menos tradicional, proviene de los medios masivos de comunicación, del colegio y de las intervenciones institucionales IEC orientadas a la prevención de embarazos no deseados y/o de ITS, VIH/SIDA.

De esta manera, la sub cultura sexual adolescente es una combinación de rasgos tradicionales y no tradicionales, en la que, sin embargo, predominan en este momento los elementos menos tradicionales.

A continuación, hacemos una breve descripción de los valores, normas e información, que cada fuente aporta a esta sub cultura sexual adolescente.

3.1. La Cultura Sexual Tradicional.

a) Valores / Normas.

Como ya se dijo anteriormente, los/as adolescentes han asimilado de la cultura sexual tradicional el valor asociado a una inequidad de género en las relaciones sexuales: mientras se acepta que el varón pueda tener relaciones sexuales casuales, las mismas son mal vistas en las mujeres.

El concepto de fidelidad asimilado de la cultura tradicional, tiene que ver con un “proceso de construcción de fidelidad y de relaciones estables”. En esta cultura tradicional el proceso de construcción de relaciones afectivas y sexuales es más o menos progresivo. En algunos casos, la constitución de la unidad familiar puede tardar años. Comienza con las relaciones sexuales, el embarazo y parto, tal vez en más de una ocasión, para luego pasar a una relación más estable hombre y mujer, y luego constituir el hogar.

En este proceso de constitución de la familia, se va construyendo también el concepto de la fidelidad sexual. Al principio, la fidelidad sexual del varón no está garantizada; aún después del primer hijo o primera hija. Sólo cuando se ha constituido la familia el concepto de fidelidad sexual se hace presente con toda su fuerza.

De igual manera, en la sub cultura sexual adolescente, la fidelidad sexual es el resultado de un proceso paulatino y progresivo de construcción de estabilidad en las relaciones afectivas con el novio.

b) Información.

La información que los/as adolescentes de la cultura sexual tradicional, tiene que ver con los métodos tradicionales de anticoncepción; particularmente con el método del ritmo. En este caso se trata de una información más bien vaga e imprecisa.

Lo importante para destacar aquí es la información sobre el uso de yuyos (mates), para prevenir embarazos y, sobre todo, como métodos abortivos. Aunque esta última categoría es percibida generalmente como “prevención” por parte de los adolescentes.

Como gran parte de la cultura paraguaya, el consumo de yuyos es parte de la vida cotidiana de los/as adolescentes. Y es parte también de su vida sexual. Principalmente las mujeres demuestran un amplio conocimiento de diversos mates para “ayudar a que baje” la menstruación después de relaciones sexuales de alto riesgo.

En general se considera que los yuyos amargos tienen propiedades “preventivas” (abortivas), en las primeras etapas de un embarazo no deseado.

Aunque varias adolescentes saben preparar diversos mates, y de hecho los han utilizado, algunas de ellas acuden al yuyero cuando los temores de embarazo son altos, y se sospecha que se está en las primeras etapas de la concepción.

La credibilidad en los yuyos para “evitar un embarazo” después que se han tenido relaciones sexuales de alto riesgo, o cuando “no baja” la menstruación, es ambigua. En este momento no se tiene la suficiente información como para delinear exactamente en qué consiste esta ambigüedad. Al parecer, los yuyos son vistos como medios “preventivos” más o menos eficaces cuando se sospecha de un embarazo; pero se convierten en métodos “débiles” cuando la adolescente ha confirmado que efectivamente está embarazada.

En este punto, se tiende a pensar en dos alternativas: el aborto (auto provocado o suministrado por “especialistas”), o el dar a luz al bebé.

En términos generales se puede decir que los yuyos son utilizados más que como métodos de prevención, como prácticas abortivas cuando se sospecha de un embarazo no deseado.

3.2. Los Medios Masivos de Comunicación.

Como se puede observar en la ilustración precedente, los medios masivos de comunicación, especialmente la televisión, se constituye en una fuente muy importante de formación de valores / normas, y de transmisión de información. Tal vez se trata del medio más importante en esta etapa constitutiva o formativa de la sub cultura sexual adolescente.

De acuerdo a la información obtenida en el presente estudio, se ha observado que el influjo de la televisión en los/as adolescentes, tiene dos sentidos más o menos diferentes y hasta antagónicos:

a) La Influencia Hedonista de la Televisión.

Este tipo de influencia no ha sido estudiado explícitamente en la presente investigación, sin embargo se pueden deducir algunas de sus características. Es probable que algo de la orientación hacia el placer sexual, tanto en mujeres como en varones, se deba a los valores hedonistas que eventualmente pudieran estar transmitiendo los medios masivos de comunicación, especialmente la televisión.

En efecto, los estereotipos de feminidad y masculinidad, así como los íconos que personalizan estos estereotipos, traducidos en héroes juveniles del mundo de los deportes, los espectáculos masivos (especialmente la música), y las narrativas (novelas, películas, noticias), promocionados y difundidos por la televisión, están orientados hacia el placer sexual, el disfrute y también la “espontaneidad”.

b) La Influencia Instructiva de la Televisión.

En este informe, queremos resaltar la importancia de la televisión en la transmisión de información sobre sexualidad en general, pero particularmente sobre la prevención de embarazos no deseados, y de ITS y VIH/SIDA.

Varios/as entrevistados/as adolescentes afirmaron que escucharon / vieron información específica sobre diferentes ITS y especialmente respecto del VIH/SIDA, en programas “instructivos”, particularmente en la televisión. En estos programas se informó también sobre la importancia de usar el preservativo en las relaciones sexuales.

En varios casos, la televisión se constituyó en la única fuente de información sobre estos temas o, por lo menos, en la fuente que más impactó a los/as adolescentes entrevistados/as.

Así, la televisión parece constituirse en una fuente relativamente contradictoria en la construcción de la sub cultura sexual adolescente. Por un lado aporta con valores hedonistas poco susceptibles a la planificación y prevención; y, por el otro, aporta con información asociada a actitudes de prevención y planificación.

3.3. Colegio.

El colegio se convierte en una fuente de formación / información relativamente secundaria como se puede apreciar en la ilustración que está al inicio de este acápite.

En términos de valores, se puede afirmar que el Colegio aporta muy poco. Probablemente el concepto de fidelidad sexual y el asociar las relaciones sexuales al matrimonio. Pero esto más que por una política institucional, por la iniciativa y las conversaciones informales de profesores/as que, de alguna manera, han generado cierta confianza entre sus estudiantes.

En términos de información su aporte suele ser puntual: fisiología y anatomía sexuales, junto con algunos métodos modernos de planificación familiar y prevención de ITS.

A pesar de esta aparente “debilidad” del Colegio como fuente de información / formación de la sub cultura sexual adolescente, es importante destacar que varios/as entrevistados/as, especialmente mujeres, afirmaron que es en el Colegio donde pueden conversar más o menos abiertamente sobre temas de sexualidad. Esta posibilidad es más plausible, cuando algún profesor o alguna profesora, logran desarrollar relaciones de confianza y empatía con los/as adolescentes.

3.4. Intervenciones Institucionales IEC de Prevención.

Como se mencionó en la parte introductoria del presente informe, en la conformación de los grupos focales con mujeres adolescentes, se buscó una presencia más o menos equitativa entre quienes estuvieron expuestas recientemente a intervenciones institucionales IEC de prevención de embarazos no deseados e ITS y VIH/SIDA, y quienes no lo estuvieron.

Las adolescentes que participaron en estas intervenciones institucionales afirmaron haber recibido importantes conocimientos, principalmente sobre los síntomas de ITS y el VIH/SIDA, la manera de prevenirlos y el uso del preservativo en las relaciones sexuales.

En cuanto a la formación de valores, es probable que estas intervenciones ayuden a formar en los/as adolescentes una actitud proclive a planificar sus relaciones sexuales, y a consensuar el uso del preservativo en las mismas.

3.5. El Grupo de Pares.

La mayoría de la información y de los elementos formativos, asimilados de las diferentes fuentes analizadas hasta aquí, pasan por el tamiz del grupo de pares, donde se socializa lo recibido, donde se lo reinterpreta, y donde se dan los sentidos finales a lo asimilado.

Pero, el grupo de pares no sólo transforma, socializa y permite la asimilación de la información y de los elementos formativos recibidos de las fuentes ya citadas; sino que también crea algunos elementos informativos. Se puede

decir que se trata de algunos “conocimientos propios” del mundo adolescente.

Entre estos conocimientos que se generan en el grupo de pares, especialmente entre las mujeres, están los métodos y lugares de aborto. Entre ellas circulan las experiencias de algunas mujeres que se han auto provocado abortos, introduciendo en su vagina y útero implementos punzo cortantes por ejemplo.

También circula información sobre lugares donde se practican abortos. En algunos casos, ellas han acompañado a alguna amiga y/o pariente a “hacerse” un aborto en estos lugares.

También se generan en el grupo de pares algunos métodos “de prevención” de embarazos no deseados, como el andar de cuclillas después de una relación sexual de alto riesgo de embarazo, “para que el semen se baje”, o “lavarse los genitales” inmediatamente después de una relación sexual de este tipo.

Empero, el nivel de credibilidad en estas prácticas abortivas / preventivas, suele ser muy bajo.

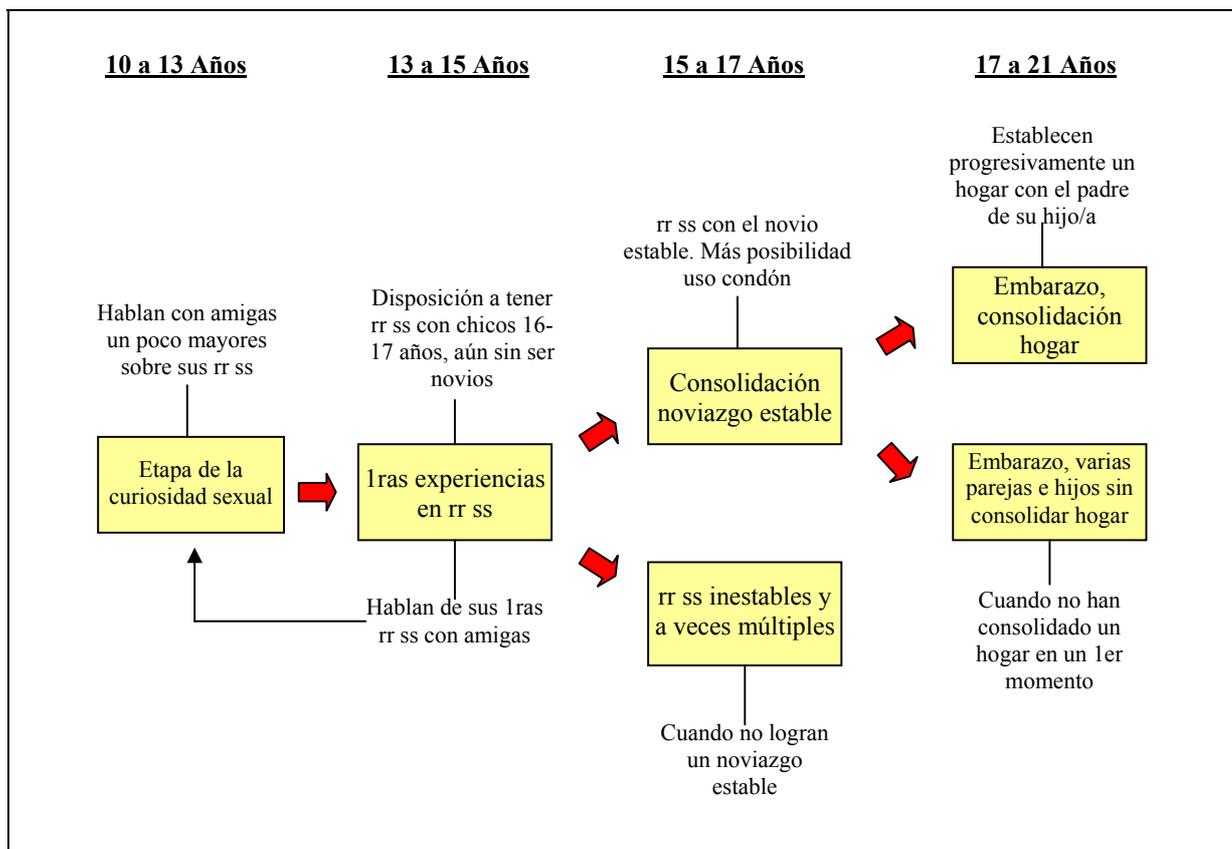
4. COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y ETAPAS DE PELIGRO.

En este acápite se tratará de bosquejar tipos de comportamiento sexual de mujeres y varones, buscando precisar cuáles son las etapas de mayor riesgo en términos de embarazos no deseados y de ITS, VIH/SIDA, y cuáles son los eventuales “caminos” que podrían seguir los/as adolescentes en cada etapa.

El conocimiento de estos procesos puede ayudar a identificar momentos y situaciones de intervención con mayores posibilidades de lograr cambios de comportamiento, en vistas de una sexualidad más saludable.

4.1. Etapas en el Inicio de la Actividad Sexual en Mujeres Adolescentes.

En la siguiente ilustración se muestran las etapas en el inicio de la actividad sexual en mujeres adolescentes, los puntos de mayor peligro y los posibles caminos que puede desarrollar esta actividad sexual:



En esta ilustración se busca esquematizar algunos posibles desarrollos típicos en la sexualidad de las adolescentes según la información obtenida en el estudio. Esto no quiere decir que todas las entrevistadas siguieron estos posibles desarrollos. Se trata más bien de posibilidades que típicamente puede seguir una adolescente en sus primeras etapas de actividad sexual.

a) Etapa de la Curiosidad Sexual: 10 a 13 Años.

Se trata de una etapa crítica en el desarrollo de la sexualidad de la adolescente, puesto que en ella recibe la formación / información básica para socializarse en la sub cultura sexual adolescente que debe asumir luego como propia.

En esta etapa está más abierta a recibir información del grupo de amigas, antes que de la familia (madre), la escuela o – incluso –, los medios masivos de comunicación.

Su interés principal son las sensaciones que se experimentan en las relaciones sexuales.

En esta etapa, recibe información sobre las relaciones sexuales de sus amigas un poco mayores (de 13 a 5 años). Especialmente de cómo estas sus amigas han logrado tener sus primeras relaciones sexuales, y qué se siente en ellas.

En la etapa de los 10 a 13 años no sólo desarrollan la curiosidad sexual propia de la pubertad; sino que, al mismo tiempo, comienzan a adquirir la noción que las relaciones sexuales son experiencias normales y hasta necesarias en la adolescencia.

En términos de intervención institucional es probablemente en esta etapa donde más se puede lograr en el desarrollo de valores y actitudes más saludables en cuanto a la sexualidad, tratándose de un proceso sobre todo formativo en la socialización al interior de la sub cultura sexual adolescente.

El riesgo aquí es que la adolescente desarrolle una inclinación a experimentar con las relaciones sexuales, sin antes haber formado valores, actitudes y habilidades orientadas al cuidado de sí y a la prevención de embarazos.

b) Etapa de las Primeras Relaciones Sexuales (13 a 15 Años).

Se trata de una de la etapas de mayor riesgo en el desarrollo típico de la sexualidad típica de la adolescente. Según la información obtenida en el presente estudio, es en esta etapa cuando la adolescente está muy dispuesta a tener sus primeras relaciones sexuales sin necesariamente haber consolidado un noviazgo estable.

En esta etapa la curiosidad sexual puede plasmarse en relaciones sexuales. Además existe un presión implícita a tener relaciones sexuales a partir de los comentarios en el grupo de amigas. La idea aquí es que: “las demás están contando sus primeras relaciones sexuales, y yo me estoy quedando afuera”.

Esta disposición a tener relaciones sexuales es “aprovechada” según nuestros/as entrevistados/as por varones de 16 a 17 años, que ya tienen experiencia en relaciones sexuales (y que incluso ya tienen una novia estable con la que mantienen relaciones sexuales), para conseguir relaciones sexuales casuales “fácilmente”.

Según las adolescentes mayores de 15 años, las de 13 a 15 años, son las “nenitas bobas” que persiguen a sus novios para tener relaciones sexuales. Son las chicas cada vez más “lanzadas” a tener relaciones sexuales, cosa que no se veía “en sus tiempos”.

El riesgo aquí es que las adolescentes de 13 a 15 años aún no han desarrollado ni las habilidades y menos el interés por adquirir habilidades y

destrezas de cuidado de sí y de prevención de embarazos no deseados e ITS. Lo importante para ellas es iniciarse en la actividad sexual, para “saber cómo es” y para no “quedarse atrás” respecto de sus amigas.

En este contexto, es altamente probable que lleguen a tener sus primeras relaciones sexuales sin el uso del preservativo, si así no lo quieren sus parejas ocasionales. Como es de suponer, ello coloca a estas adolescentes en una posición de alto riesgo respecto de la posibilidad de quedar embarazadas o de adquirir alguna ITS.

Es más, varios proveedores de salud entrevistados para este estudio, junto con los propios funcionarios del Proyecto Alianza, afirman que es notorio el incremento del embarazo adolescente entre los 13 a 15 años, tanto en el área urbana como en el área rural.

Existen pocas posibilidades de consolidar progresivamente un hogar con la pareja sexual, cuando se produce un embarazo en esta etapa. Lo más probable es que la familia de la adolescente se haga cargo del cuidado del hijo/a.

c) Etapa de la Formación de Noviazgos Estables (15 a 17 Años).

Entre los 15 a 17 años es la etapa de la formación de noviazgos estables. A partir de los 15 años, es socialmente permitido que una adolescente pueda tener un noviazgo. Se acepta que el novio de la adolescente la visite en su casa y salga con ella con el consentimiento de los padres.

Esta aceptación social permite la consolidación de relaciones de noviazgo más o menos estables. Como ya se ha mencionado anteriormente, un noviazgo estable está acompañado generalmente de relaciones sexuales. En la sub cultura sexual adolescente, estas relaciones son plenamente aceptadas y hasta valoradas como parte de la fidelidad y amor entre novios.

Cuando se establecen relaciones de noviazgo estables, existe mayor posibilidad de lograr a su vez acuerdos entre el varón y la mujer para el uso del preservativo; principalmente para evitar los embarazos no deseados.

En esta etapa, la posibilidad de planificar las relaciones sexuales y el uso del preservativo en ellas depende de tres factores principales:

- La estabilidad en el noviazgo. A mayor estabilidad, mayor posibilidad de establecer acuerdos conjuntos en el uso del preservativo. Como se verá más adelante, es en el área rural donde existe más posibilidades de establecer un noviazgo estable;

sobre todo por el control social que ejerce el entorno en contextos poblacionales pequeños.

- El segundo factor que permite planificar las relaciones sexuales y, por tanto, el uso del condon en ellas, es la poca existencia de oportunidades de relaciones sexuales “inesperadas”, especialmente en el área rural. En efecto, en el área rural las posibilidades de tener relaciones sexuales son menores que en el área urbana. Al parecer en el área rural hay menos fiestas juveniles, y los/as adolescentes tienen relativamente pocas posibilidades de encontrarse solos en algun lugar privado. En cambio, en el área urbana, las posibilidades de tener relaciones sexuales “inesperadas” despues de una fiesta, o en la casa de alguno de los adolescentes cuando estan solos es mayor.

Cuanto mayores son las posibilidades de tener relaciones sexuales “inesperadas”, mayor es tambien la posibilidad de no contar con un condon a la mano, cuando estas ocurren².

Cuando, por el control social en poblaciones pequeñas, las posibilidades de tener relaciones sexuales son menores, existe a su vez mejores oportunidades de planificar las relaciones sexuales entre novios estables, y, al mismo tiempo, de usar el preservativo en los “días feriles” de la adolescente para evitar embarazos no deseados.

- El tercer factor para el uso del preservativo en las relaciones de noviazgo estables es, como ya se dijo antes, el acceso permanente, privado y confidencial, a los preservativos, por parte de mujeres y varones. A una mayor provision constante, privada y confidencial de condones, mayor la posibilidad de su uso en las relaciones sexuales con el novio/a estable.

Sin embargo, y como se muestra en la ilustracion precedente, es en esta etapa de los 15 a 17 años, donde la adolescente puede seguir un curso de inestabilidad en sus relaciones de noviazgo, y por ende, de sus relaciones sexuales.

² Durante el trabajo de campo, los/as adolescentes de Bernardino Caballero (rea rural de Atyr), comentaron que se organizo en el colegio de la compaa Olimpadas deportivas durante la noche. Esto genero la posibilidad de tener relaciones sexuales “inesperadas” y, segun los testimonios, fue notorio el incremento de embarazos en el colegio.

Algunas adolescentes no logran consolidar relaciones estables de noviazgo. En este contexto, sus relaciones sexuales suelen ser inestables, generalmente “inesperadas” y, en muchos casos, sin el uso del preservativo. Con el consiguiente riesgo de adquirir una ITS o quedar embarazadas.

Estas adolescentes tienen relaciones sexuales más o menos casuales generalmente durante o después de las fiestas.

No existe una “condena explícita” de este comportamiento por parte de las adolescentes entrevistadas en el presente estudio; sin embargo, ellas tratan de distanciarse de este estereotipo de comportamiento sexual, porque el mismo no está dentro las normas de la sub cultura adolescente, que limita las relaciones sexuales de una mujer con su novio estable.

Por la información obtenida en el presente estudio, es difícil saber cuáles son los factores que llevan a una adolescente a desarrollar un comportamiento sexual inestable entre los 15 a 17 años. Empero, cabe suponer que esto puede deberse a situaciones de disfuncionalidad familiar, baja autoestima y/o frustraciones laborales, emocionales y sexuales previas.

d) Etapa de la Consolidación de un Hogar (17 Años a Más).

Por lo general en esta etapa es cuando se desarrolla el proceso de consolidación de una familia. Típicamente este proceso es más o menos el siguiente:

- La mujer se embaraza y tiene un hijo/a de su novio estable (esto puede suceder, y de hecho sucede frecuentemente, en la etapa anterior: 15 a 17 años).
- En un primer momento el/la hijo/a es cuidado por la familia de la adolescente.
- A veces el novio estable va a vivir a la casa de la adolescente. En otras ocasiones se permite al novio visitar a la adolescente y a su hijo/a. En algunas ocasiones el novio se aleja temporalmente de la relación, pero luego vuelve para continuarla.
- Cuando el novio consigue trabajo comienza la convivencia en cualquiera de los hogares de ambos, o como familia nuclear. En este punto es probable que la mujer ya tenga más de un hijo con su cónyuge.
- En varios casos, la formalización del matrimonio se produce después de algunos años de convivencia.

Como se verá en la Parte II del presente estudio, los riesgos en esta etapa son la no planificación del número de hijos que se desea tener, y la posibilidad que el esposo contagie a la mujer alguna ITS o, incluso, el VIH.

De acuerdo a la ilustración precedente, existe sin embargo la posibilidad de que la adolescente no logre formar un hogar con el novio para quien ha tenido el primer hijo.

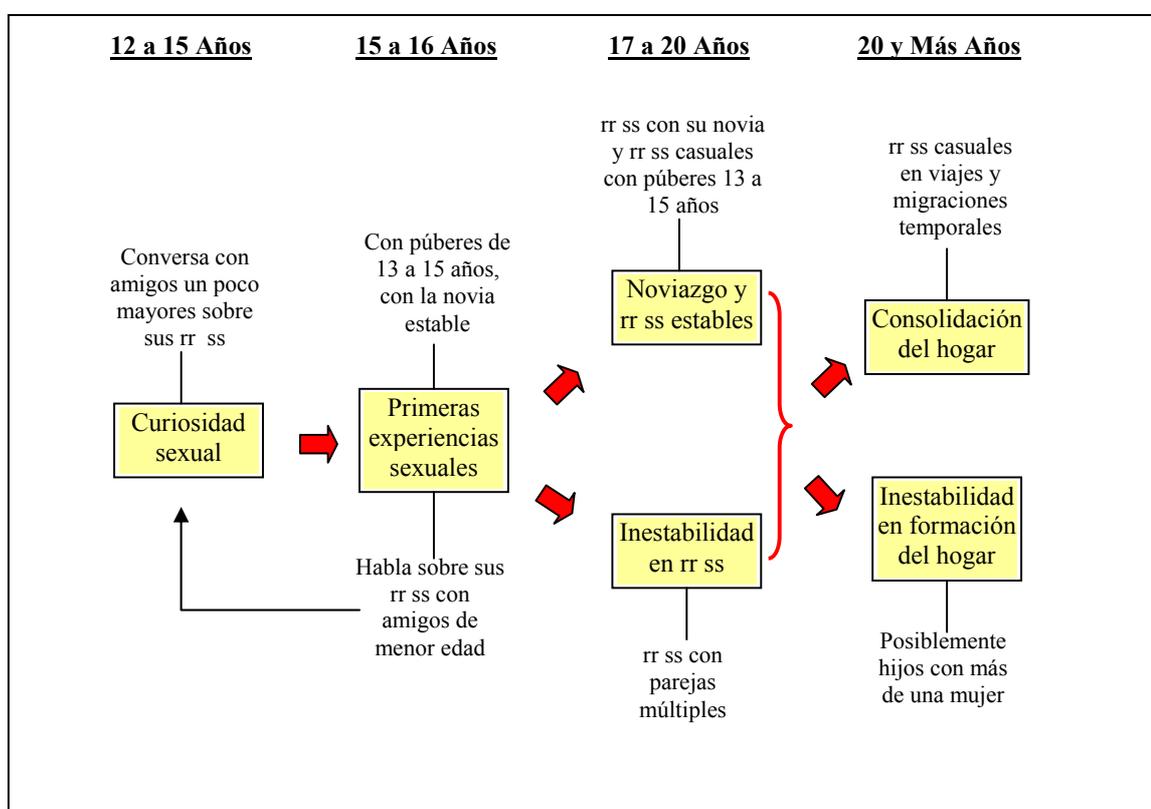
Aunque no existe información suficiente sobre este proceso fallido de constitución de un hogar, se tienen indicios que esta situación es vivida como una especie de frustración de la mujer. Siendo madre soltera le es más difícil formar un hogar con otro hombre. Tanto su reputación a nivel social, como su propia auto imagen en tanto “mujer” son socavadas.

Se genera así un proceso de inestabilidad sexual, más o menos parecido al proceso de inestabilidad sexual de la etapa anterior, cuando una mujer no logra consolidar una relación estable de noviazgo. Así, la mujer tiene relaciones sexuales inestables; en algunos casos tiene hijos de más de una pareja sexual. Probablemente la esperanza es consolidar algún hogar teniendo un hijo para algún hombre. En algunos casos se logra consolidar un hogar, mientras que en otros no, con lo que se ha sellado una especie de fracaso en el proyecto de vida de la mujer.

4.2. Etapas en el Inicio de la Actividad Sexual en Hombres Adolescentes.

Sobre las etapas en el inicio de la vida sexual de los hombres adolescentes se tiene menos información que respecto de las mujeres, puesto que, en el propio diseño del estudio, se enfatizó más la recopilación de información cualitativa entre las mujeres.

Sin embargo, con lo obtenido en el estudio, se puede plantear la siguiente ilustración:



Como en el caso de las mujeres, este esquema sólo muestra casos típicos en el desarrollo de las primeras etapas de la sexualidad de los varones. No se quiere decir con esto que todos los varones atraviesan necesariamente por estas etapas.

a) La Etapa de la Curiosidad Sexual (12 a 15 Años).

Como entre las mujeres, en los varones la etapa de la curiosidad sexual comienza desde la pubertad; ese caso, más o menos a partir de los 12 años. En esta etapa la conversación sobre “sexo” en general, y sobre las experiencias en las relaciones sexuales en particular generan la atención de los varones.

Es en esta etapa cuando ellos internalizan el valor de normalidad de las relaciones sexuales en la adolescencia. Al mismo tiempo, asimilan los valores masculinos centrales sobre las relaciones sexuales; a saber:

- Las relaciones sexuales reafirman la virilidad en un hombre.
- Las relaciones sexuales hacen más apetecible a un hombre frente a las mujeres. A mayor número de parejas sexuales, más codiciado es un hombre por las mujeres.
- Una cierta separación entre el placer sexualidad (netamente físico), y el contexto emocional romántico.

Al igual que entre las mujeres, en la etapa de la curiosidad sexual comienza a surgir una cierta presión social para tener relaciones sexuales lo antes posible: todos están teniendo relaciones sexuales “yo no puedo estar al margen”.

Nuevamente, es en esta etapa donde más impacto pueden tener las intervenciones institucionales orientadas a formar valores, actitudes y prácticas sexuales saludables y de menor riesgo. Pero, al mismo tiempo, es en esta etapa donde la disponibilidad del púber a relacionarse con el mundo institucional es casi inexistente.

b) La Etapa de las Primeras Relaciones Sexuales (15 a 16 Años).

En esta etapa existen dos posibilidades de iniciación sexual para los varones:

- La primera posibilidad es en el marco de relaciones más o menos inestables, con púberes de 12 a 15 años, que, como se dijo en el punto anterior estarían predispuestas a iniciar su vida sexual, sin que necesariamente haya una relación de noviazgo estable de por medio.
- La segunda posibilidad son las relaciones sexuales con alguna novia más o menos de su edad, en el marco de relaciones sentimentales más o menos estables.

Como en el caso de las mujeres, entre los varones, la actividad sexual comienza cuando ellos aún no han desarrollado las actitudes, las habilidades y las destrezas necesarias para desarrollar prácticas sexuales de menor riesgo.

Nuevamente, esta situación es altamente riesgosa en términos de embarazos no deseados sobre todo.

c) La Etapa del Noviazgo Estable (17 a 20 Años).

En esta etapa se tiende a desarrollar relaciones de noviazgo más o menos estables y, por consiguiente, relaciones sexuales relativamente estables con la novia.

A diferencia de las mujeres, en el caso de los varones está abierta la posibilidad de tener relaciones sexuales casuales. Según lo expresado por varones y mujeres, las púberes de 13 a 15 años, están predispuestas a iniciar su actividad sexual con jóvenes de 17 a 20 años.

En este caso, la posibilidad de embarazar a las adolescentes de 13 a 15 años es alta.

Como se verá más adelante, en las relaciones sexuales estables con la novia, el uso del preservativo está limitado a las relaciones sexuales planificadas, cuando la novia no está en sus días fértiles. Esta combinación entre el uso del preservativo (en caso que se use), y el método del ritmo no siempre es segura. El riesgo de embarazos no deseados está siempre presente en las relaciones estables.

Cuando no se ha establecido una relación de noviazgo más o menos estable, algunos varones de 17 a 20 años se embarcan en relaciones sexuales inestables, casuales y de corta duración. No parece que en esta etapa se presenten de manera significativa relaciones sexuales comerciales.

Sin embargo, el riesgo de adquirir ITS es alto, en la medida en que sus eventuales parejas sexuales también están en un contexto de relaciones sexuales múltiples, muchas veces sin el uso del preservativo.

d) Etapa de la Formación del Hogar (20 y Más Años).

Ya se mencionó en el anterior punto el proceso típico de formación de un hogar. Aquí cabe recalcar aún después de haber consolidado un hogar, el varón tiene posibilidades de relaciones sexuales casuales, comerciales y no comerciales. Más aún si debe viajar grandes distancias para conseguir trabajos temporales, o si está inmerso en circuitos de migración temporal.

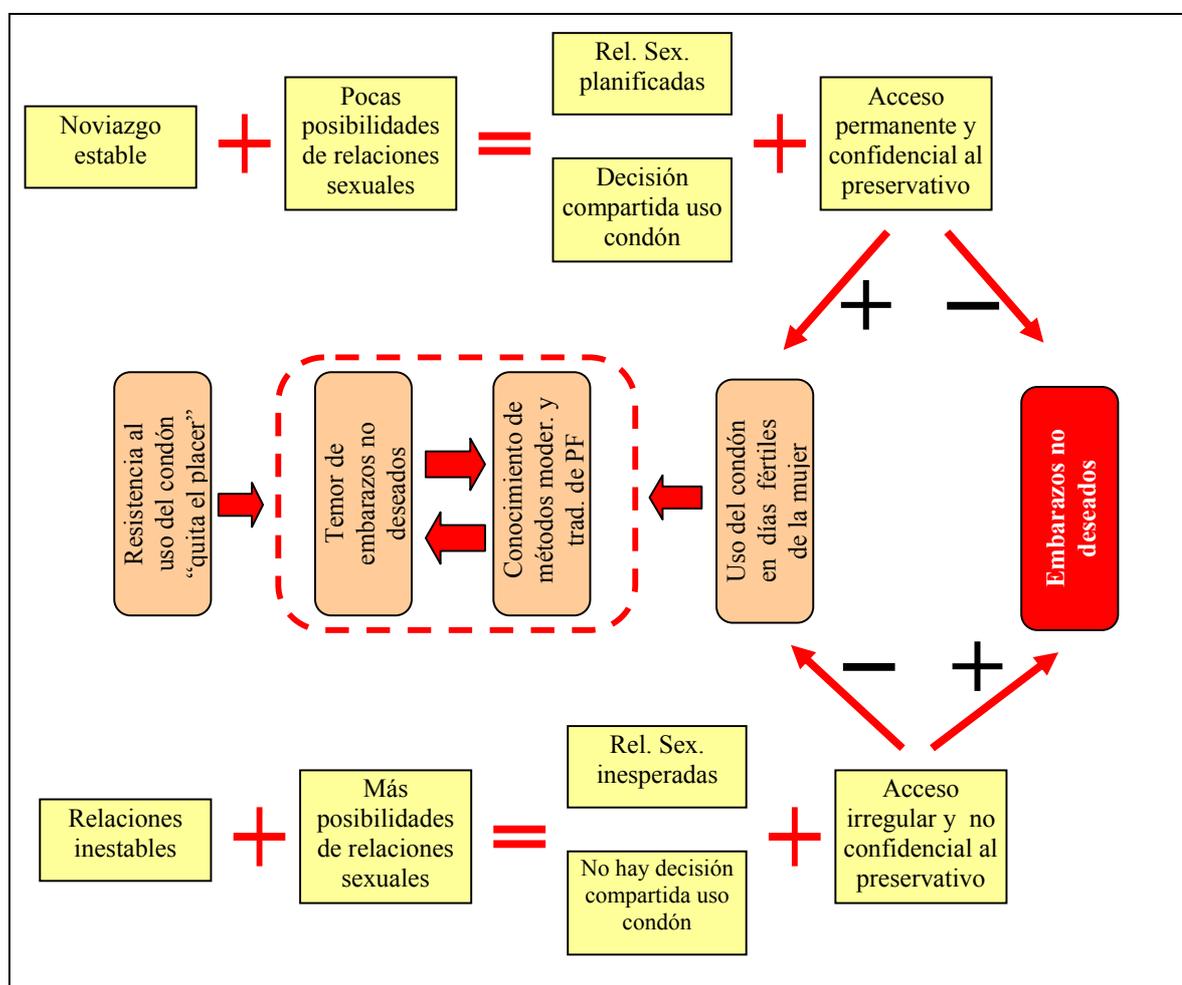
En algunos casos, el varón tiene hijos con otras mujeres, en los lugares donde debe viajar regularmente.

Como se verá en la Parte II del presente informe, la predisposición al uso del preservativo en un hogar consolidado es prácticamente inexistente en el varón, de modo que el riesgo de embarazos no deseados y de transmisión de ITS a su cónyuge es alto.

5. ACTITUDES FRENTE AL USO DEL PRESERVATIVO.

En los anteriores acápite de esta parte del informe, se han adelantado análisis y descripciones sobre las actitudes y uso del preservativo en la sub cultura sexual adolescente, tanto desde el punto de vista de los valores y normas, de las fuentes de información, como de las etapas iniciales de la actividad sexual de este segmento.

En este apartado, nos limitaremos sólo a sintetizar los elementos más importantes relacionados con esta temática, a partir de la siguiente ilustración:



Para la elaboración de la presente ilustración, partimos de dos supuestos:

- Que los/as adolescentes tienen formación de secundaria en el colegio.
- Que estn expuestos a los medios masivos de comunicación, y por tanto a información sobre métodos de planificación familiar.

Esta es la situación, en efecto, tanto de los centros urbanos incluidos en el estudio (Atyr Centro y Coronel Bogado), como de las companas rurales (Bernardino Caballero y Cristo Rey).

En este contexto, los valores y normas en términos de la sub cultura adolescente son más o menos compartidos en los cuatro lugares del estudio. En el centro de los valores adolescentes está una alta preocupación por la posibilidad de embarazos no deseados.

Tanto en varones como en mujeres, un embarazo no deseado en plena adolescencia implica varios problemas que ellos/as quieren evitar:

- Fuertes conflictos con los padres y las madres
- Limitaciones para continuar con los estudios de colegio y eventualmente en algún instituto o la universidad.
- Limitaciones para una mejor inserción laboral.
- Una cierta presión implícita (aunque débil), para formar un hogar con una persona con la cual no se está seguro en términos emocionales y de compromiso.

Junto con este arraigado temor frente a un embarazo no deseado, se observa un conocimiento relativamente aceptable de métodos modernos y tradicionales de planificación familiar. Este conocimiento es mayor y más exacto entre las mujeres. Ellas mencionan entre los métodos naturales el ritmo, la interrupción del coito, el dar de lactar al bebé. Entre los modernos se hablan de las inyecciones, pastillas, T de Cobre (espiral), de la ligadura de trompas y del condón.

En cambio los varones mencionan básicamente el preservativo, la T de Cobre y el método del ritmo. Aunque su conocimiento no es detallado.

Aunque el uso del preservativo responde a una decisión conjunta entre el varón y la mujer, al parecer existe una división implícita de funciones. La mujer es la que se encarga de prevenir los embarazos, mientras que el varón colabora sólo en el uso del preservativo. Esta tendencia a recargar en la adolescente la mayor responsabilidad en la planificación familiar, es una

herencia de la cultura tradicional, que asigna a la mujer el rol principal en el ámbito reproductivo, mientras que el varón se constituye sólo en proveedor del hogar.

Ambos valores centrales en cuanto al uso del preservativo: el temor a un embarazo no deseado, y el conocimiento de métodos de planificación familiar están combinados con otros dos valores adyacentes, como se muestra en la ilustración precedente:

- La reticencia tanto del varón como de la mujer a usar preservativo, porque “quita el placer sexual”.
- Y, por tanto, el uso del preservativo sólo en los días fértiles de la mujer, con todo el riesgo que esto implica.

Todos estos valores y actitudes son compartidos por los/as adolescentes entrevistados en el estudio. Lo que cambia y lo que influye en el mayor o menor uso del preservativo en las relaciones sexuales es el contexto que puede facilitar o dificultar la concreción de estos valores, como se muestra en la ilustración precedente.

En contextos donde las relaciones de noviazgos son más estables, por la misma presión social, donde las posibilidades de tener relaciones sexuales son pocas; y, por tanto, donde los/as adolescentes pueden planificar estas relaciones; y donde además el acceso a los preservativos es mejor (en medio de la privacidad y la confidencialidad), el uso del preservativo en las relaciones sexuales (en los días fértiles de la mujer) tiende a ser mayor.

Para los/as adolescentes es muy importante acceder a los preservativos de manera confidencial y reservada. Temen que si compran preservativos en la farmacia, o los piden en el servicio de salud, “todo el mundo” se va a enterar que están teniendo relaciones sexuales. Esto se agrava cuando existe la percepción de falta de confidencialidad de los/as proveedores/as de salud.

En contextos donde las relaciones de noviazgo son inestables, y donde la posibilidad de tener relaciones sexuales “inesperadas” es mayor, la posibilidad de planificarlas es también menor. Si a ello se unen las limitaciones de acceso a preservativos de manera reservada y confidencial, entonces estamos ante un panorama poco propicio para el uso del preservativo en las relaciones sexuales, y altamente riesgoso tanto por la posibilidad de los embarazos no deseados, como para las ITS y el VIH/SIDA.

En función de estos factores, se presenta a continuación una caracterización de los cuatro contextos donde se realizó el presente estudio:

Factores de contexto	Centros Urbanos		Compaas Rurales	
	Atyr C.	C. Bogado	B. Caballero	Cristo Rey
Control social que estimula noviazgos estables	-/+	-	+/-	+
Pocas posibilidades de tener relaciones sexuales	-	-	-/+	+
Acceso a condones en el marco de la privacidad	-	-	-	+
Contexto favorable al uso del condón en las relaciones sexuales adolescentes	-	-	-	+

Como se puede apreciar en el presente cuadro, el contexto que estimula o desestimula el uso del preservativo en las relaciones sexuales adolescentes difiere en cada contexto donde se realizó el estudio:

En Atyr Centro el control social familiar y vecinal en pro de un noviazgo estable está presente (puesto que la ciudad no es muy grande en términos poblacionales), pero aún es débil; en este centro urbano llamó la atención que varias relaciones den noviazgo no pasaran del año, y que algunos varones tenían relaciones sexuales casuales. Existen oportunidades para tener relaciones sexuales: en el marco de las fiestas de jóvenes / adolescentes, o cuando los novios estn solos en la casa de alguno de ellos. Finalmente el acceso a los preservativos en el marco de la privacidad / confidencialidad es limitado. Especialmente las adolescentes afirman que las proveedoras del servicio de salud tienden a “contar a todo el pueblo” “el caso” de alguien que solicita los servicios de salud sexual y reproductiva.

En Coronel Bogado la situación es parecida a la de Atyr Centro. Al tratarse de un centro urbano aún más grande, el control social se debilita, y con ello la estabilidad en las relaciones de novios. Las posibilidades de tener relaciones sexuales es amplia (fiestas, estando solos en la casa), y el acceso confidencial a los preservativos es limitado. Por tanto, el contexto no es favorable al uso consistente del preservativo como en Atyr Centro.

En Bernardino Caballero, aunque existe un poco de mayor control social por ser una compaa rural, el mismo se diluye debido a la cercanía de esta compaa con Atyr Centro. Los/as adolescentes van a los centros urbanos cercanos a estudiar, trabajar y distraerse. De ahí que las posibilidades de tener relaciones sexuales se asemejan al centro urbano. Al mismo tiempo el acceso privado a los preservativos es bajo.

En cambio, en Cristo Rey el contexto es básicamente diferente, Es una compaa rural muy pequeña, y no está muy cercana a los centros urbanos. Por tanto, el control social estimula la formación de noviazgos más o menos estables. En este contexto, las posibilidades de tener relaciones sexuales

“inesperadas” se reducen, lo que obliga a los/as adolescentes a planificar mejor estas relaciones. Si a ello se suma el alto grado de confianza que ha desarrollado entre los/as adolescentes la enfermera del Puesto de Salud, quien además, aparentemente, se preocupa por proveer preservativos a los/as adolescentes, se tiene un contexto altamente favorable para el uso del condón de manera más o menos consistente.

Fue altamente llamativo tanto para los investigadores de GEO, como para los propios profesionales del Proyecto Alianza, que en Cristo Rey, no se viera “a simple vista”, la cantidad de madres adolescentes como en los otros lugares de estudio.

Hay que tomar en cuenta además, que en Cristo Rey se realizó una intervención institucional relativamente intensa y con amplia cobertura (debido a lo pequeño de la comunidad en términos poblacionales). Esta intervención seguramente reforzó los valores y actitudes proclives a la planificación y al uso consensuado del preservativo en las relaciones sexuales adolescentes.

Los tres factores mencionados: 1) estabilidad en las relaciones de noviazgo, 2) menores posibilidades de tener relaciones sexuales “imprevistas” y, por tanto, mayor necesidad de planificarlas y 3) acceso a los preservativos de manera confidencial, ayudan a configurar contextos más favorables o menos favorables para el uso consistente del preservativo. Sin embargo, el que los/as adolescentes de manera particular puedan “aprovechar” contextos favorables y usar efectivamente el condón, depende de factores biográficos y psicológicos asociados a la autoestima y al cuidado de sí.

6. PERCEPCIONES Y ACTITUDES FRENTE A LAS ITS Y EL VIH/SIDA.

Tanto los varones como las mujeres adolescentes conocen las diferentes ITS y algunos de sus síntomas. Entienden que estas infecciones se transmiten principalmente a través de las relaciones sexuales, y que deben ser tratadas por algún especialista. Conocen además las maneras de evitar estas infecciones, incluido el VIH: abstinencia, monogamia sexual y uso del preservativo en las relaciones sexuales casuales.

Sin embargo, su preocupación básica está tan centrada en evitar embarazos no deseados, que el tema de las ITS pasa a un claro y distante segundo plano. Se vuelve en un aspecto fuertemente secundario, a tal punto de casi pasar desapercibido.

Cuando por efecto de las entrevistas, el/la adolescente debe hacer frente a la posibilidad de adquirir una ITS, se produce una especie de disonancia cognitiva, especialmente entre las mujeres:

- Por un lado admiten la posibilidad de que sus novios puedan tener relaciones sexuales casuales, especialmente con esas “nenitas bobas” de 13 a 15 años, que los andan persiguiendo para iniciarse sexualmente. En su razonamiento logico es tambien altamente posible que ellas puedan adquirir alguna ITS al tener relaciones sexuales sin condon con sus novios.
- Sin embargo, a nivel emotivo, buscan “negar” o “ignorar” esta posibilidad. La idea es mas o menos la siguiente: es posible que mi novio me engañe y me contagie de alguna ITS; pero no voy a pensar ni voy a preocuparme por eso. La negacion implicita de esta posibilidad a nivel emotivo, no se asocia tanto con el deseo de no pensar en la posibilidad de una ITS. Mas bien se trata de negar la posibilidad del “engano” del novio; porque esto oficialmente esta condenado en la sub cultura adolescente, aunque esta mas o menos permitido en los hechos.

Sea como fuere, lo cierto es que el tema de las ITS esta fuera del horizonte de percepcion de las adolescentes. De este modo, el uso del preservativo en sus relaciones sexuales, esta restringido unicamente a la necesidad de evitar el embarazo.

Entre los varones adolescentes la norma les indica usar el preservativo en sus relaciones casuales. Sin embargo, varios de ellos asocian el uso del preservativo a parejas casuales “desconocidas” o a “trabajadoras sexuales”. El uso del preservativo con alguna pareja sexual “conocida” deja de ser relevante.

Con todo, en varios casos las relaciones sexuales casuales se dan en el marco de las fiestas juveniles, en medio del consumo de bebidas alcoholicas, lo que hace mas improbable la aplicacion de la norma (usar el condon).

Todo este contexto nos habla de un alto riesgo de transmision de ITS y VIH, independientemente del grado de conocimiento sobre las causas, los sıntomas, las consecuencias y la manera de prevenir estas infecciones, entre los/as adolescentes.

7. PERCEPCIONES Y ACTITUDES FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL.

7.1. Percepciones y Actitudes en las Adolescentes.

Entre las adolescentes se observa un cierto contacto con los servicios de salud sexual y reproductiva. Varias de ellas han acompañado a sus madres y/o hermanas al servicio prenatal o en el parto. Ya desde la adolescencia comienzan a formar parte de lo que después llamaremos el círculo femenino de apoyo en la reproducción³.

En estos contactos iniciales con los servicios de salud, y por los comentarios de familiares y vecinas, las adolescentes comienzan a desarrollar percepciones y actitudes iniciales respecto de los mismos. Por lo general, estas percepciones y actitudes responden a aquellas que previamente han desarrollado sus madres, hermanas o vecinas, que han usado el servicio de salud.

Por lo general, estas percepciones tienen las siguientes características:

- En el servicio de salud hay profesionales capacitados que saben de su oficio, y pueden informar adecuadamente sobre temas de salud sexual, y resolver algunos problemas al respecto (confirmar o no un embarazo, curar una ITS).
- En el servicio de salud no hay los suficientes recursos humanos (doctores) e insumos (medicamentos) para una atención de calidad.
- En algunos casos se tiende a discriminar a las personas, especialmente si son pobres. Se les hace esperar innecesariamente y se las trata mal⁴.
- En algunos casos, las enfermeras no guardan la confidencialidad y “chismeán” sobre casos particulares “a todo el pueblo”. Esta percepción es particularmente fuerte en Coronel Bogado.

³ Ver la Parte II del presente informe.

⁴ Esta manera de evaluar la atención en el servicio de salud, parece ser parte de una cultura de relación con los servicios públicos. Al parecer, existe la impresión más o menos generalizada, que la mayoría de los servicios dependientes del Estado son ineficientes, insuficientes y altamente discriminadores con los pobres.

- Cuando alguna adolescente va embarazada, en vez de ayudarla le riñen.

En suma, las adolescentes no han desarrollado una actitud de confianza hacia el servicio de salud. Esta instancia es más o menos familiar para ellas, pero no se confía en ella.

En este contexto, a pesar que entienden que en el servicio de salud pueden encontrar información sobre planificación familiar e ITS, o acceder a preservativos y otros métodos de anticoncepción, las adolescentes no se sienten inclinadas a usar estos servicios de salud sexual, principalmente por las dudas sobre el nivel de confiabilidad y privacidad en los mismos.

Al mismo tiempo, la demanda principal en ellas no es el acceso a información y consejería en los servicios de salud. Lo que más demandan es el acceso privado y confidencial a métodos de planificación familiar, principalmente el acceso a los preservativos.

7.2. Percepciones y Actitudes en los Adolescentes.

Para los varones, los servicios de salud sexual no están presentes en su dinámica cotidiana. Para ellos es indiferente si los mismos existen o no, si tienen buena calidad o no. Su relación con los servicios de salud suele ser muy esporádica.

Ni siquiera los servicios de salud son la primera opción para buscar tratamiento médico frente a una ITS. En estos casos se suele replicar la experiencia previa de amigos, y se va a la farmacia, para pedir los mismos antibióticos que “les han funcionado” a ellos.

La primera alternativa de compra de preservativos en los varones es primeramente la farmacia; y es allí donde ellos reclaman mayor confidencialidad y privacidad “para que el pueblo no se entere” que están teniendo relaciones sexuales.

8. CONCLUSIONES.

1. Se ha identificado una sub cultura sexual adolescente en pleno proceso de formación. Esta sub cultura conserva algunos rasgos de la cultura tradicional; pero definitivamente, ha asimilado más elementos nuevos que circulan a través de los medios masivos de comunicación (principalmente la televisión), el Colegio, y las intervenciones

institucionales IEC de prevención de embarazos no deseados y de ITS, VIH/SIDA.

Esta sub cultura puede ser caracterizada de las siguiente manera:

- Se aceptan las relaciones sexuales adolescentes como algo natural y normal.
 - Estas relaciones deben darse no antes de los 15 años, y en el marco de noviazgos estables (por lo menos seis meses).
 - Es imprescindible evitar el embarazo a través de una combinación del método del ritmo y del uso del preservativo (en los días fértiles). Cuando no hay condón a la mano se recurre a la interrupción del coito o eyaculación fuera de la vagina.
 - El uso del preservativo es una cuerdo consensuado entre el varón y la mujer.
 - Tanto el varón como la mujer deben sentir placer (orgasmo), y todo debe contribuir a este fin.
2. La propia sub cultura adolescente cuenta con sus propios mecanismos de protección y prevención de embarazos no deseados. Es necesario partir de estos valores y normas favorables al uso del preservativo en relaciones estables de noviazgo, para desarrollar estrategias institucionales de prevención de embarazos e ITS. Valores como el uso consensuado del condón, la prevención de embarazos no deseados, y una relación equitativa hombre – mujer, en la cual los dos se dan el permiso para sentir placer, pueden ser la base para desarrollar actitudes y comportamientos sexuales más saludables y menos riesgosos.
3. El que se pueda poner en práctica las normas adolescentes afines a prácticas sexuales más saludables, depende de dos factores:
- El contexto. Si el contexto favorece el establecimiento de noviazgos estables, limita las posibilidades de relaciones sexuales “imprevistas” y, por tanto, favorece la planificación de las mismas, y si permite el acceso confidencial a los preservativos, entonces la probabilidad de uso del condón es mayor.
 - Los factores biográficos y psicológicos. A mayor autoestima, mayor inclinación a la auto preservación, y al desarrollo de prácticas sexuales saludables.

4. El uso del preservativo en las relaciones sexuales no sólo depende del grado de información sobre ITS o sobre embarazos no deseados. Una adecuada intervención institucional de prevención, requiere dejar de lado la sola transmisión de información, para adoptar enfoques más integrales y, por tanto, más efectivos.

Sin dejar de lado la información, es necesario afectar en la calidad de los servicios de salud sexual; especialmente en el respeto a la privacidad y confidencialidad como un derecho inalienable de los/as adolescentes.

5. El establecimiento de confianza entre el servicio de salud y el/la adolescente, pasa por una relación preactiva y de calidez, entre los/as proveedores y los/as adolescentes. Será muy difícil que el/la adolescente pueda usar los servicios de salud sexual, si no hay una relación personalizada y de confianza con algún/a proveedor/a de salud.

Lo anterior quiere decir que, para ampliar el acceso y utilización de los servicios de salud sexual, es necesario mejorar y fortalecer básicamente el área de consejería personal. Es necesario idear formas, para que el mismo sea ofertado en el marco de la más absoluta reserva y privacidad para el/la adolescente, de modo que el/la mismo/a pueda desarrollar paulatinamente una mayor confianza en estos servicios y en los/as proveedores de salud.

6. Por el momento, las ITS no están en el horizonte de percepción de los/as adolescentes. En esta etapa, este tema difícilmente se convertirá en un factor motivador para prácticas de prevención. Es sobre todo el temor a los embarazos no deseados, el elemento que puede servir de base, para fortalecer el uso del preservativo en las relaciones sexuales adolescentes.
7. Se ha podido constatar, que la etapa de asimilación inicial de los valores y normas de la sub cultura sexual adolescente, se da en el paso de la niñez a la pubertad, tanto entre varones como entre mujeres. Estamos hablando del periodo de los 10 a los 15 años. Es en esta etapa donde se forman los primeros valores, normas y actitudes respecto de las relaciones sexuales adolescentes.

Si realmente se quiere afectar en la formación de hábitos y prácticas sexuales más saludables, es necesario intervenir en este segmento de edad, para apoyar la formación de valores y normas sexuales orientados a la prevención y a la salud sexual integral.

Parte III

Valores, Normas, Actitudes y Uso de Servicios En Salud Sexual y Reproductiva En Jóvenes Adultos/as

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La intensión de uso de los servicios de salud materno infantiles parece ir en crecimiento, especialmente en aquellos contextos en los que la distancia y el transporte no son obstáculos insuperables, como es el caso de los cuatro lugares de estudio (Atyrá, Bernardino Caballero, Coronel Bogado y Cristo Rey).

Como se verá más adelante, en estos contextos, el uso de los servicios de salud institucionalizados se convierte en la primera alternativa, desplazando a un lugar subordinado al sistema tradicional de salud centrado en la figura de la partera.

El problema fundamental en cuanto al uso de los servicios materno infantiles es el tiempo en que se acude a los mismos. Como se verá más adelante, la mayoría de las mujeres de 25 a 30 años, que fueron entrevistadas en el estudio, acuden al servicio de prenatal (y posteriormente a la partera), recién en el cuarto mes de embarazo.

Los tres primeros meses de embarazo, que son claves para un adecuado desarrollo del feto, como para la salud de la madre, no están bajo la cobertura del servicio de salud.

Un segundo problema está constituido por las dificultades en la planificación familiar. Por lo general las mujeres están teniendo más hijos/hijas de lo que ellas y sus esposos desean. A diferencia de una cultura sexual más tradicional, para estos jóvenes adultos el tener muchos hijos ya no es algo

que se valora como positivo. Ahora tener muchos hijos implica mayor costo en su cuidado, menores posibilidades de estabilidad económica en el hogar; menores posibilidades de inserción en el mercado laboral urbano.

Un tercer problema en este segmento es que las prácticas de prevención de ITS y VIH/SIDA están ausentes en el comportamiento sexual, a pesar que los esposos tienen en algunos casos relaciones sexuales casuales.

En este contexto, aunque el uso de los servicios materno infantiles se impone cada vez más, la intención de uso de los servicios de salud sexual parece ser mucho menor.

La presentación de los resultados del estudio entre jóvenes adultos con hijos/as, buscará dar luces para aportar en la respuesta a estos problemas planteados.

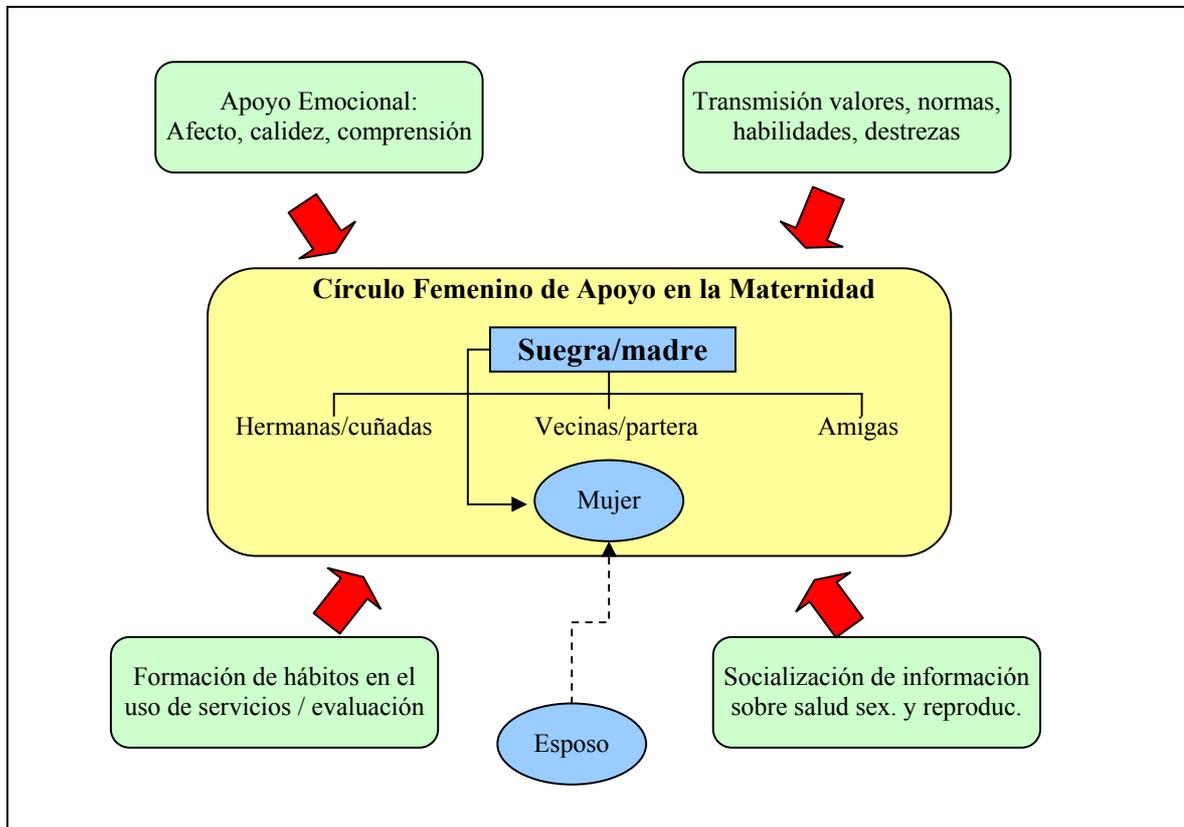
10. EL CÍRCULO DE APOYO FEMENINO, COMO CLAVE PARA ENTENDER LA FORMACIÓN DE HÁBITOS EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En la presente investigación se ha observado que uno de los factores claves para entender las predisposiciones y los hábitos de uso de los servicios de salud durante el embarazo, parto y el postparto, es la influencia que ejerce en la madre, lo que hemos denominado como el “círculo femenino de apoyo”. Junto con la formación de este círculo femenino durante los primeros embarazos, se reafirma el rol subsidiario y de simple apoyo logístico y económico del esposo (cuando éste está presente), consolidando la división de roles al interior del hogar:

- El esposo cumple el rol oficial de proveedor del hogar (aunque este rol también puede ser compartido por la esposa en algunos casos).
- La madre es la encargada del proceso reproductivo del hogar. Pero, en el caso de la maternidad, este rol no es desempeñado de manera individual, sino con el apoyo del grupo femenino de la familia extendida.

Así, la feminización de la dinámica reproductiva del hogar libera al esposo de varias responsabilidades, pero a la vez otorga a las mujeres el poder de decisión en este ámbito.

La influencia del “grupo femenino de apoyo” es esquematizada en la siguiente ilustración:



10.1. Composición del Círculo Femenino de Apoyo.

Como se puede observar en la presente ilustración, el círculo femenino de apoyo está compuesto por todas las mujeres cercanas física y emocionalmente a la mujer. Se trata de un círculo que no tiene límites claros, ni tampoco es rígido en quiénes lo conforman. Su composición específica puede variar de mujer a mujer, y según sea el momento en concreto.

Por lo general está compuesto por aquellas mujeres que ya han tenido la experiencia de dar a luz, y que forman un círculo íntimo alrededor de la mujer: hermanas, cuñadas, vecinas, parteras o amigas.

Sin embargo, no es un círculo indiferenciado. Tiene cierta jerarquía. El lugar central y de más alta autoridad moral, lo ocupa casi siempre la madre de la mujer, o, en su defecto, la suegra.

Se trata, por tanto, de un círculo que se estructura en función de la experiencia de la madre / suegra de la mujer. Se basa sobre todo en la experiencia del pasado, antes que en función del futuro.

Esto no quiere decir que necesariamente sea un grupo conservador. Hay que recordar que, dada la tendencia a embarazos precoces, las abuelas, o las madres de las mujeres que están dando a luz sus primeros hijos están en el rango de los 30 a 45 años. En términos generales podría decirse que son personas de mediana edad, varias de ellas abiertas al cambio y a la innovación en las pautas de salud sexual y reproductiva.

Este círculo femenino de apoyo comienza a formarse durante la primera experiencia de embarazo de la mujer que, como ya se dijo antes, se produce en plena adolescencia (15 a 17 años), o al entrar en la juventud (18 a 20 años), cuando aún la mujer está bajo la tutela de su madre.

En esta situación, es la madre de la mujer quien decide a dónde ir a consultar, cuándo y con qué propósito. A su vez, la madre acompaña a su hija a las consultas, le transmite información sobre los cuidados durante el embarazo, y estimula en ella la formación de los primeros hábitos en el uso de servicios de salud materna, en el consumo de remedios caseros, y en el cuidado en general durante el proceso.

En esta primera experiencia, la madre apoya emocionalmente a su hija, le ofrece paciencia, cobijo emocional y comprensión.

Es alrededor del binomio madre – hija embarazada, que se va formando el círculo con otras mujeres cercanas afectivamente, y con la experiencia suficiente como para apoyar a la adolescente embarazada.

Una vez que ya tuvo su hijo/a, la adolescente se irá integrando paulatinamente a este círculo de apoyo, que a su vez apoyará a otra mujer de la familia en su embarazo, parto, postparto y con el cuidado del/la recién nacido/a.

En términos más rigurosos no se trata de un círculo que apoya a la mujer embarazada. Más bien es un círculo del cual es parte integrante la mujer embarazada. Círculo cuyo centro es la madre / suegra.

Como se dijo al inicio de esta segunda parte del informe, esta feminización de la maternidad está acompañada de un rol secundario del varón. Este rol comienza en el primer embarazo, donde generalmente el varón (también adolescente), ni siquiera vive con la mujer embarazada. Ya desde un principio, el varón juega un rol secundario, que se limita a apoyar logísticamente el acceso de la mujer a los servicios de salud.

Varias mujeres de 25 a 30 años que participaron en el estudio, expresaron que sienten que sus esposos son un estorbo más que una ayuda durante el proceso del embarazo, el parto y el postparto. Algunas preferirían que los esposos ni siquiera ayuden en el acceso al servicio de salud, sino que se limiten simplemente a proporcionar el dinero necesario para pagar el transporte y la atención médica.

El ir acompañadas de sus madres es un apoyo emocional suficiente para varias de las entrevistadas.

10.2. La Función del Apoyo Emocional.

Siguiendo siempre la ilustración anterior, se observa que una de las principales funciones del círculo femenino de apoyo es ofrecer a la mujer un contexto emotivo de apoyo, identificación, solidaridad y comprensión.

A diferencia de los/as proveedores/as de salud, las mujeres que acompañan y apoyan a la embarazada y, en particular, la madre y la partera, comparten los mismos códigos culturales que ella, y pueden expresar dentro estos códigos su afecto y solidaridad con el proceso del embarazo, parto y postparto, porque ellas también lo han atravesado.

Tanto la madre como la partera se dan el tiempo suficiente para estimular a la embarazada, para ser sensibles a sus necesidades, y para apoyarla afectivamente.

Como se verá más adelante, en la evaluación que hacen las mujeres de la atención de las enfermeras y de la partera, mencionan insistentemente el tema del tiempo. Mientras la partera se da el tiempo suficiente para escucharlas y atenderlas, las enfermeras apenas sí tienen tiempo para darles algunas órdenes cuando van a consultar al servicio de salud.

10.3 Transmisión de Valores y Normas.

Al igual que el grupo de pares en el caso de los/as adolescentes, el círculo femenino de apoyo es la instancia en la cual las embarazadas primerizas, comienzan a socializar los valores y normas propios de su comunidad respecto de la salud materna y el uso de servicios de salud.

Entre estos valores transmitidos por el círculo femenino de apoyo hay que destacar los siguientes:

- El embarazo, parto y postparto como parte normal y cotidiana de la vida de las mujeres. No es una etapa especial y extraordinaria, salvo

por algunos cuidados adicionales que la mujer debe tener en los últimos meses de embarazo, y los primeros días después de dar a luz.

- La maternidad como responsabilidad básicamente femenina, en la que el esposo sólo juega un rol de apoyo logístico en el acceso a los servicios de salud.
- La inclinación a limitar el número de hijos, pero a partir de una perspectiva que prioriza el pasado, antes que la planificación hacia el futuro. Antes de planificar cuántos hijos se desea tener en el futuro, la orientación es: cuántos hijos se tiene ahora, para ya no tener más hijos.
- La aceptación de un embarazo “inesperado” como algo más o menos normal, que no implica una gran alteración en los planes del hogar.
- La tendencia a consultar primero con la madres / suegra sobre los pasos a seguir frente a un embarazo, antes que tomar la decisión con el esposo.

d) Formación de Hábitos en el Uso de los Servicios de Salud.

Una tercera función del círculo femenino de apoyo es la formación de hábitos en el uso de los servicios de salud tanto institucional como tradicional. Como se verá más adelante, este apoyo esta formación de hábitos tiende al uso simultáneo y jerarquizado de ambos tipos de servicios de salud:

- En la medida en que haya ciertas posibilidades de acceso geográfico, de transporte y económico a los servicios institucionalizados, los mismos aparecen como una primera alternativa para la atención del embarazo, parto y postparto.
- En cambio, la partera tradicional aparece como una alternativa de apoyo a los servicios de salud institucionalizados. Su función es acompañar el embarazo y apoyar en la resolución de pequeñas molestias e incomodidades durante el mismo.

Esta tendencia al uso subordinado de los servicios de la partera, tiende a cambiar en la medida en que el acceso a servicios de salud con la suficiente capacidad resolutive como para atender partos de alto riesgo, es difícil, como en el caso de la compañía rural Bernardino Caballero (como se verá más adelante).

También el círculo femenino de apoyo permite la internalización de los elementos de evaluación de ambos tipos de servicio. Mientras se valora el servicio de salud institucionalizado por su capacidad resolutoria, la atención de la partera se valora por su calidez, y por la solución de pequeñas molestias durante el embarazo.

e) Socialización de la Información.

Probablemente una de las funciones más importantes del grupo femenino de apoyo sea la socialización de información y creencias sobre la salud sexual y reproductiva. En efecto, es en este círculo que la mujer obtiene información y/o reinterpreta la información que le llega a través de los servicios de salud, los medios de comunicación, la educación formal, y los programas IEC de instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

El grupo femenino de apoyo, transfiere información y creencias, o valida información sobre los siguientes grandes temas:

- Métodos tradicionales de anticoncepción: el ritmo, la lactancia, la interrupción del coito.
- Consumo de yuyos (mates e infusiones) para diferentes fines: fortalecer a la madre durante el embarazo o el postparto, resolver pequeñas molestias, evitar embarazos, como métodos abortivos “cuando no baja la regla”, etc.
- Métodos modernos de planificación familiar y sus eventuales efectos secundarios como se verá más adelante (cáncer, gordura, alergias, etc.).
- Signos y señales de complicaciones graves, que necesitan de atención médica.

Es importante destacar que en este círculo, no hay mucha información sobre ITS, VIH/SIDA. Como en el caso de las adolescentes, al parecer existe un bloqueo mental para tratar y socializar este tema, incorporándolo en el ámbito de salud sexual.

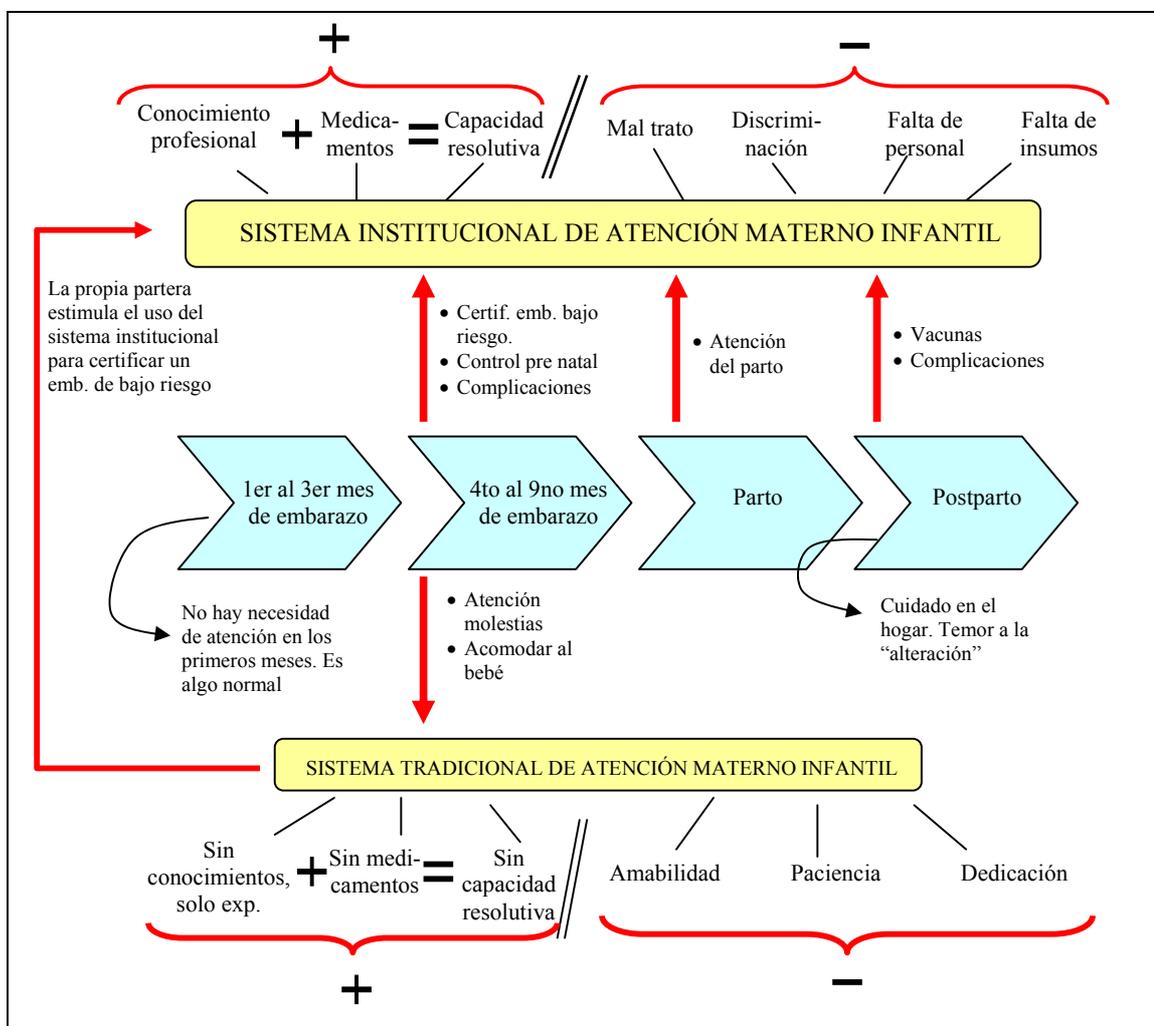
Esto no quiere decir que las mujeres no conozcan sobre los síntomas, formas de transmisión, tratamiento y prevención de ITS. Sólo que, en la medida en que esta información no se socializa en el círculo femenino de apoyo, la misma deja de ser relevante. No está presente en el horizonte de percepciones de las mujeres.

11. USO Y EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL.

11.1. Uso y Evaluación de los Sistemas de Atención Materno Infantil.

En el presente trabajo se entiende por “sistema” tanto al servicio institucionalizado expresado en los servicios de salud, como al servicio tradicional que se concreta en la partera.

En la siguiente ilustración se presenta la relación de ambos sistemas de acuerdo a las funciones que las mujeres dan a los mismos:



La presente ilustración muestra el uso de los sistemas institucional y tradicional de salud, dadas ciertas facilidades de acceso geográfico, en transporte y en costos, a los servicios de salud.

En estas condiciones, se presenta un proceso de paulatina institucionalización de la atención materno infantil, con el consiguiente rol cada vez más subsidiario de la partera.

Las mujeres de 25 a 30 años, entrevistadas en el presente estudio, expresaron una alta valoración de la capacidad resolutive de los servicios de salud, en contraste con la sola experiencia de la partera. Aunque ellas mismas reconocen que a nivel de calidez en la atención es la partera la que sale ganando en comparación con el servicio de salud, prefieren subordinar este criterio al de la capacidad resolutive.

Desde la percepción de las entrevistadas, existe siempre la posibilidad que se presenten complicaciones, especialmente durante el parto. Así, es mejor usar el sistema institucional para evitar cualquier riesgo.

Algunas de las entrevistadas que usaron en un momento dado los servicios de la partera en el parto, pudiendo acceder a un servicio de salud, manifestaron estar arrepentidas, pues corrieron un riesgo innecesario.

Esta preferencia por el sistema institucional de atención materno infantil al parecer es alentado también por las propias parteras. Las que fueron entrevistadas para el presente estudio, afirmaron insistentemente que su primera recomendación a quienes acuden a pedir sus servicios es que vayan al servicio de salud, para asegurarse que su embarazo no implica potenciales complicaciones. Una vez que las mujeres han constatado que su embarazo es de bajo riesgo, recién son atendidas por las parteras.

Existe entre las parteras el temor de atender embarazos de alto riesgo. Para evitarse de complicaciones, en estos casos ellas refieren a las mujeres al servicio de salud. Las propias parteras reconocen que el servicio de salud tiene mayor capacidad resolutive en estos casos.

Sin embargo, desde la perspectiva de las propias mujeres, ambos sistemas no son antagónicos, sino más bien complementarios, como se observa en la ilustración precedente. Mientras el sistema institucional es utilizado por su capacidad resolutive, los servicios de la partera se solicitan por su calidez y por su eficacia para determinadas dolencias, especialmente “cuando el bebé se acomoda mal”.

En varios casos se ha observado un uso simultáneo de ambos sistemas. Algunas mujeres tienden a ir al servicio de salud en las fechas designadas

para la atención pre natal. Pero, en el intermedio, acuden varias veces donde la partera, para que les alivie los dolores de espalda, y los dolores en el vientre que supuestamente se deben a una mala posición del bebé.

Si por un lado las mujeres valoran los conocimientos profesionales de los/as proveedores/as de salud; por el otro, aprecian los cuidados de la partera en molestias leves: el que ella les friccione la espalda, el vientre; que les hable cálidamente, que les de consejos, que les sirva mates. Esta calidez en la atención ayuda a aliviar las molestias propias del embarazo, de modo que después de la consulta con la partera, las mujeres se sienten aliviadas.

Así, las mujeres logran usar los aspectos positivos de ambos sistemas: la capacidad resolutive del sistema institucional por un lado, y la calidez de atención de la partera.

En varios casos no parece ser un problema económico el usar ambos sistemas. Por un lado, la atención es gratuita en varios servicios de salud. Por el otro, se puede pagar los servicios de la partera en cuotas, o en especie. En general se percibe que los servicios de la partera son más baratos que el costo de atención en los servicios de salud.

Siguiendo siempre la ilustración anterior, se observa que el uso de ambos sistema tiene diferentes funciones según sea el desarrollo del embarazo y en el parto.

Es importante destacar aquí que se ha observado una tendencia a no usar ninguno de ambos sistemas durante los primeros tres meses de embarazo; especialmente cuando ya se ha tenido antes hijos/as.

La concepción es que el embarazo es una situación “normal” en la vida de una mujer. Si una mujer ya se da cuenta que está embarazada, no necesita ir al servicio de salud para confirmar lo que ya sabe.

Al mismo tiempo se afirma que durante los primeros meses del embarazo, el bebé “está durmiendo”; que, por tanto, no necesita mucha atención, ni corre mucho peligro. No conviene molestar al bebé; ni tampoco conviene despertarlo innecesariamente, cuando se va a consultar durante esta primera etapa.

A partir de estas concepciones varias de las entrevistadas en el presente estudio no sienten la necesidad de consultar durante estos primeros tres meses, a no ser que se presenten serias complicaciones.

Ya en el cuarto mes de embarazo, sea por su iniciativa, o por recomendaci3n de la madre / suegra, la mujer embarazada busca algún sistema de atenci3n materno infantil. En esta etapa se presentan dos posibilidades:

- O consulta primero en el sistema institucional, para luego buscar la atenci3n de una partera para molestias leves,
- O va primero donde la partera, quien a su vez la remite al servicio de salud para confirmar que es un embarazo de bajo riesgo, y así poder asistirle sin mayores riesgos durante todo el embarazo, y eventualmente durante el parto.

Un factor importante que condiciona cuál de estos dos cursos de acci3n tomar una mujer embarazada, apoyada por su círculo femenino, es la accesibilidad a los servicios de salud institucionalizados, en términos de distancia y transporte⁵:

- A mayor accesibilidad a los servicios de salud en términos de distancia – transporte, mayores las posibilidades de uso casi exclusivo de estos servicios en primera instancia. En estos casos, la partera tiende a jugar un rol secundario, y a veces deja de ser una alternativa de atenci3n materno infantil⁶.
- A menor accesibilidad a los servicios de salud en términos de distancia – transporte, mayores las posibilidades de uso de los servicios de la partera en una instancia. Y, si el embarazo es de bajo riesgo, mayores las posibilidades de dar a luz con la partera.

⁵ En la presente investigaci3n no se identificaron grandes limitaciones en términos de accesibilidad econ3mica a los servicios de salud. Pese a que se percibe habitualmente que el costo de atenci3n en los mismos, es más caro que lo que cobra la partera, lo cierto es que varios de estos servicios son gratuitos por un lado. Por el otro, las familias tienden a vender algunos bienes para conseguir el dinero para los costos colaterales de la atenci3n (medicamentos, transporte) y, en algún caso, alquiler de una vivienda en el pueblo donde está el servicio, a la cual se traslada temporalmente la pareja para acceder al servicio de salud.

⁶ Se menciona que el factor de accesibilidad a los servicios de salud en términos de distancia y transporte no influye en un menor uso de los servicios de la partera. Para ello se toma como ejemplo que en algunos barrios populares de Asunci3n, varias mujeres prefieren usar los servicios de la partera, a pesar que tienen “en frente” un centro de salud bien equipado, con costo cero por la consulta. Empero esta tendencia no se ha observado en los cuatro lugares donde se llev3 a cabo el estudio (Atyr, B. Caballero, Cnel. Bogado y Cristo Rey).

Las mujeres embarazadas usan el servicio institucionalizado para el control pre natal, para confirmar que sea un embarazo de bajo riesgo y para la atención de complicaciones “graves”.

En cambio se usa de manera complementaria los servicios de la partera para la atención de dolencias leves y para “acomodar al bebé”. Respecto de esto último, las mujeres hablan del bebé como una persona con voluntad propia, que constantemente se está moviendo en el vientre de la madre. A veces, el bebé “decide” “sentarse en la costilla de la madre”, o “atravesarse”. Es como si el bebé hubiese decidido acomodarse mal. Entonces vienen los dolores y las molestias.

En estos casos, lo mejor es ir donde la partera, para que ella acomode al bebé a través de friccionar el vientre y la espalda. Con esta operación, el bebé vuelve a acomodarse y los dolores pasan; una se siente liviana, hasta cuando el bebé “decida” acomodarse mal otra vez, en cuyo caso se repite la consulta con la partera.

Dadas las condiciones de accesibilidad al servicio de salud en términos de distancia – transporte, la tendencia es a institucionalizar el parto en general. Para la mayoría de las mujeres entrevistadas en este estudio es siempre posible que se presenten complicaciones en el parto, por lo cual la mejor alternativa es el sistema institucionalizado.

Finalmente, y según la ilustración anterior, en el postparto el uso preferente se sigue orientando al sistema institucional para las vacunas del/a recién nacido/a y en caso de complicaciones. Empero, los cuidados de la mujer en el postparto se centran sobre todo en el hogar, muchas veces a cargo de su madre o suegra.

11.2. Uso y Evaluación de los Servicios de Salud.

Una vez que se ha analizado los procesos de evaluación y uso de los sistemas tradicional e institucionalizado de atención materno infantil, se pasa ahora a describir brevemente la evaluación de los diferentes servicios de salud del sistema institucionalizado.

Para las mujeres no es suficiente que exista un servicio de salud cerca de su comunidad / barrio. Ellas requieren que el servicio tenga las mínimas condiciones en recursos humanos calificados, infraestructura, insumos y horarios de atención, como para atender adecuadamente eventuales complicaciones durante el embarazo, el parto o el postparto.

En este sentido, el concepto de distancia hacia un servicio de salud está condicionado por el servicio con las condiciones mínimas señaladas, y su cercanía / lejanía de la comunidad / barrio.

Así por ejemplo, aunque en Bernardino Caballero existe un puesto de salud atendido por una enfermera, el mismo no es una realidad una primera alternativa para las mujeres. Ni siquiera parece ser una opción el centro de salud de Atyr Centro porque no cuenta con especialistas que estn permanentemente en el servicio. Así, la principal alternativa para las mujeres de Bernardino Caballero es el Hospital de Caacupé que, aunque es relativamente distante, reúne las condiciones necesarias para la atención adecuada durante todo el proceso de embarazo, parto y postparto.

12. RECONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES.

Tanto entre las mujeres de 25 a 30 años, como entre las madres / suegras y las parteras, se ha observado un conocimiento relativamente amplio de señales de peligro durante el embarazo, el parto y el postparto. Entre estas señales se destacan las siguientes:

- Hemorragia / manchado de la ropa / sangrado
- Aborto espontáneo / pérdida
- Presión alta
- Taquicardia
- Debilidad / sueño / desnutrición
- Bebé mal acomodado

- Parto seco
- Retención de placenta
- Poca dilatación
- Bebé que nace mal acomodado
- Bebé que tarda en nacer / sufrimiento fetal

- Alteración
- Fiebre
- Infección en el ombligo y los ojos del bebé

Todos estos síntomas y señales fueron mencionados por las entrevistadas. Pero la norma general afirma que ante cualquier molestia o anomalía considerada como grave o “anormal”, se debe ir al servicio de salud.

En general, se entiende que el servicio de salud es la instancia más adecuada para atender la mayoría de estas complicaciones. Son dos las excepciones más importantes a esta regla:

- La distocia fetal. Como se ha afirmado antes, las mujeres creen que el mejor lugar para “acomodar a un bebé” en el embarazo es la partera, antes que necesariamente el servicio de salud.

Se ha observado un alto nivel de confiabilidad en las habilidades de la partera, para volver a acomodar al bebé, y evitar así las molestias que implica un bebé mal acomodado.

- La segunda excepción es la “alteración”. Antes que una señal, el concepto de “alteración” parece estar asociado a un síndrome que se expresa en dolores de cabeza, malestar general, fiebre y debilidad. Este síndrome parece relacionarse estrechamente con la sepsis puerperal.

Respecto de esta complicación, se confía más en la atención que se pueda recibir en casa, antes que en el servicio de salud. La madre/suegra recomienda a su hija/nuera no lavarse la cabeza por un tiempo, ni tampoco andar con los pies descubiertos. Es como una manera de prevenir la alteración: se busca evitar que algunas partes del cuerpo se enfríen mucho.

No se han observado demoras en el reconocimiento de las complicaciones, ni en la toma de decisión de ir al servicio de salud. A pesar que la mujer consulta con su madre/suegra antes de tomar la decisión, la norma social indica que acudir al servicio de salud en caso de complicaciones.

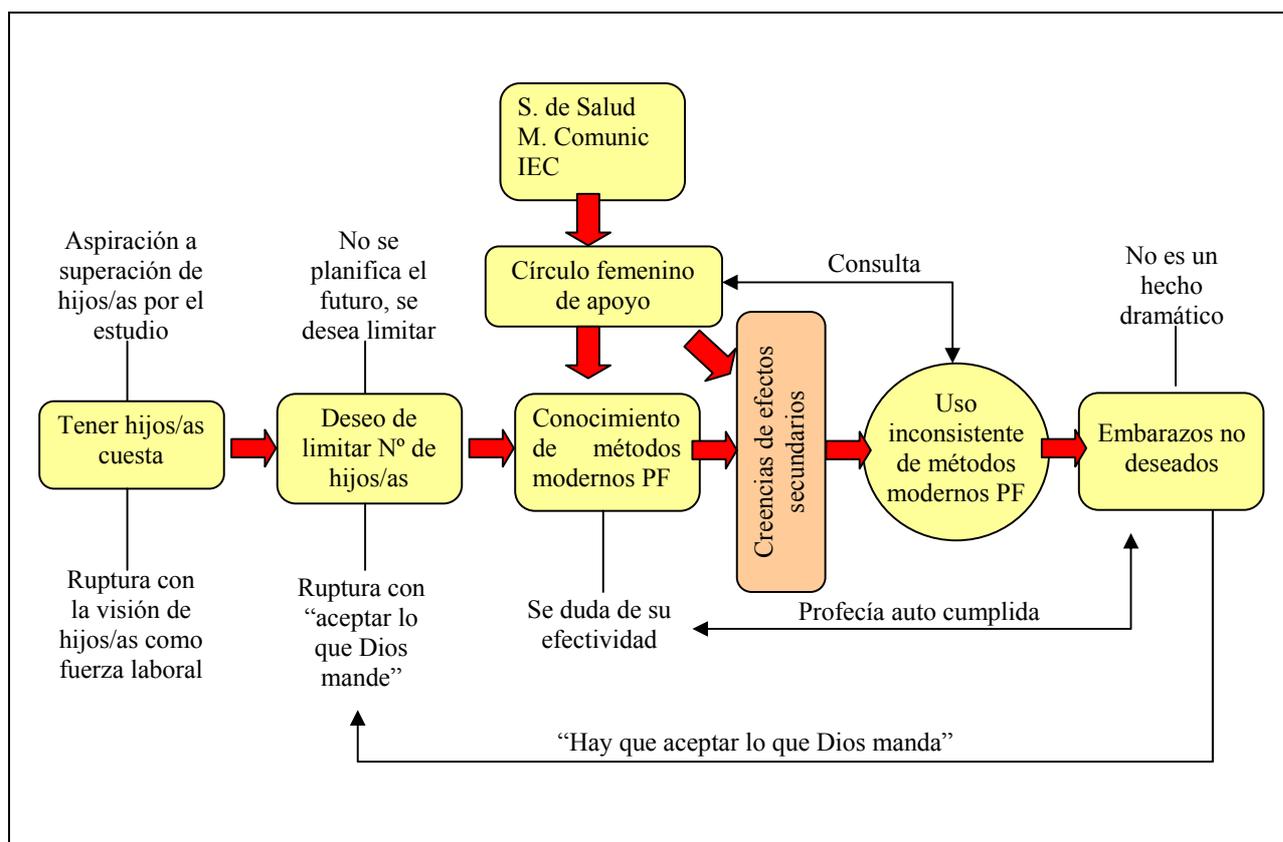
Los principales retrasos se presentan en dos momentos del proceso:

- En el acceso al servicio de salud, especialmente cuando el mismo está relativamente distante, y cuando no hay transporte a la vista.
- En el tiempo de espera para recibir la atención médica. Cuando la complicación no es grave, o cuando no se presentan señales claras de que hay algún problema, ocurre que en varios casos, la mujer debe esperar varios minutos.

Esta espera en casos de emergencia, es interpretada por las mujeres como una discriminación por ser pobres, como una expresión de la negligencia de los proveedores de salud, o como la expresión de la falta de personal en el servicio de salud.

13. USO DE MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

El uso de métodos modernos de planificación familiar está condicionado por los siguientes factores:



Como se observa en la presente ilustración, el proceso en la decisión de uso de métodos modernos de planificación familiar se desarrolla en medio de una tensión entre una cultura sexual más tradicional, y una cultura sexual más renovada.

La primera ruptura con la cultura sexual más tradicional se observa en la convicción de que ahora, tener hijos implica un costo. En efecto, a diferencia de la cultura sexual tradicional, los/as hijos/as ya no representan solamente una fuerza de trabajo que ayuda en las labores agrícolas, de modo que a mayor número de hijos/as, mayor la posibilidad de garantizar la producción agropecuaria.

En los lugares donde se realizó la investigación, la aspiración de los padres y madres es que sus hijos/as "no se queden como meros agricultores" o como

“peones”; sino que se “superen a través del estudio”, y que migren a la ciudad.

A partir de este cambio de aspiraciones, se entiende que “hacer estudiar” a un/a hijo/a es “caro”, y que, por tanto, tener muchos hijos/as no ayuda a darles una buena educación a todos/as.

Es en función de este nuevo enfoque que surge en los/as jóvenes adultos de 25 a 35 años entrevistados para este estudio, el deseo de limitar el número de hijos que van a tener en el hogar. Este deseo surge ya desde el primer embarazo e incluso en la propia adolescencia, cuando ellos/as desean evitar embarazos no deseados.

Este deseo es una segunda ruptura con la cultura sexual tradicional que postulaba que “hay que aceptar el número de hijos que Dios manda”. Ahora, la cultura sexual de los jóvenes – adultos es diferente. Ya no esperan pasivamente los hijos/as que Dios mande; sino que entienden que ellos/as pueden intervenir activamente en determinar el número de hijos/as que desean tener.

Sin embargo, es una ruptura parcial con la cultura sexual tradicional, porque el deseo de limitar el número de hijos/as no implica una planificación en función del futuro; sino en función del pasado. Es decir que las parejas no acuerdan desde un principio cuántos hijos/as quieren tener en el futuro, ni con qué intervalos. Más bien, la mujer va teniendo hijos/as, y mirando hacia atrás entiende que ya es hora de “no tener más hijos”. Su perspectiva es hacia el pasado y no hacia el futuro.

De ahí que, cuando se pregunta a estos jóvenes adultos cuántos/as hijos/as quieren tener en el futuro, no tienen una idea clara al respecto. Lo que les importa en un momento dado, es ya no tener más hijos/as.

Este deseo de limitar el número de hijos/as, está acompañado de un conocimiento relativamente aceptable de los métodos modernos (y tradicionales) de planificación familiar, como se muestra en la ilustración precedente.

Como en el caso de los/as adolescentes, las fuentes de información sobre estos métodos son los medios de comunicación masiva y las intervenciones institucionales de prevención IEC. En el caso de las mujeres además hay otra fuente importante de información: el propio servicio de salud. Cuando ellas dan a luz o están embarazadas, los/as proveedores/as les informan sobre el uso de los métodos modernos de planificación familiar.

Ahora bien, esta información sobre los métodos modernos de planificación familiar, pasa por el filtro del círculo femenino de apoyo a la mujer. Es en este círculo que la información se socializa, se reinterpreta y en gran parte de los casos se distorsiona.

Es en este círculo femenino de apoyo a la mujer, que circulan creencias sobre los efectos secundarios de los métodos modernos de planificación familiar:

- Usar el DIU (T de Cobre, “espiral”) puede producir cáncer.
- Usar los inyectables y las pastillas provocan alternaciones nerviosas y cambios de carácter en la mujer.
- Usar frecuentemente un método moderno produce gordura y trastornos alimenticios en la mujer.
- Los métodos modernos pueden producir alergias e irritaciones en el organismo de la mujer.

Junto con la circulación de estas creencias respecto de los efectos secundarios del uso de métodos modernos de planificación familiar, se observan algunas percepciones asociadas a la poca eficacia de estos métodos. Algunas mujeres afirman que el bebé nace con la T de Cobre en su frente, para ilustrar la ineficacia de estos métodos.

Estas creencias se fundan en las experiencias personales de algunas de las mujeres del círculo femenino de apoyo.

Las mismas suelen ser más fuertes, cuando la mujer consulta con algunas amigas sobre el uso de los métodos modernos.

Estas creencias significan importantes ruidos en el proceso de asimilación de información sobre métodos modernos y en el uso de los mismos. Al provenir estos ruidos de un círculo tan cercano y afectivamente tan importante para la mujer, parece difícil su eliminación, a través de la simple circulación de mensajes más claros al respecto.

En estas circunstancias se produce el uso de métodos modernos de planificación familiar, principalmente aquellos métodos que no impliquen un acuerdo con el esposo: inyectables y pastillas (algunas de nuestras entrevistadas han optado por la ligadura de trompas).

El uso de estos métodos está presente casi desde el primer embarazo y aún antes. Esto refleja el interés de las mujeres por “cuidarse”. El tener muchos hijos les limita además en sus posibilidades de inserción en el mercado laboral urbano.

Lo que se ha observado en la presente investigación es que el uso de estos métodos suele ser inconsistente. Llega algún momento en que las mujeres dejan de usarlos por diversos motivos, y entonces se producen los embarazos no deseados.

Dos son las razones principales por las cuales se produce el uso inconsistente de los preservativos:

- La primera es, como ya dijimos, todo ese conjunto de creencias sobre los efectos secundarios de estos métodos, y sobre su falta reeficacia. Ello hace que la mujer no esté muy dispuesta a un uso sistemático de los mismos, por miedo a estos efectos secundarios.

Así, cuando se producen los embarazos no deseados, las creencias sobre la poca eficacia de estos métodos se reafirma, y se reproduce el circuito de circulación de la misma al interior del círculo femenino de apoyo, esta vez, con el aval de la experiencia de la propia mujer.

- La segunda razón para el uso poco sistemático de los métodos modernos de planificación familiar, es que el mismo se produce sin el acuerdo ni la cooperación del esposo.

Este último está interesado sólo en no tener que usar el preservativo en las relaciones sexuales, puesto que le “quita el placer”.

A parte de esto, el esposo entiende que el deber “de cuidarse” es de la mujer. Por tanto, ella queda en libertad de usar los métodos que quiera para limitar el número de hijos/as.

Al no contar con la participación / cooperación del esposo en el uso de métodos modernos de planificación familiar, el recurrir a ellos de manera sistemática se hace más difícil.

Una vez que se produce un embarazo no deseado, el mismo no representa un serio inconveniente que afecta en sus planes a futuro. Tanto el padre como la madre, tienden a aceptar este hecho como algo normal, después de todo. Así, vuelven a reproducir la convicción de la sexualidad tradicional: “hay que aceptar los hijos que Dios manda”.

14. ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN FRENTE A LAS ITS.

En este punto la situación es prácticamente la misma que entre los/as adolescentes.

Existe la información sobre las formas de transmisión, los síntomas, los tratamientos y las formas de prevención de las ITS. A esta información se añaden algunas creencias como las que mencionan que uno puede contagiarse de ITS por el uso de baños públicos infectados”.

También se admite la presencia de ITS en sus comunidades / barrios. Algunos/as conocen la historia de alguna persona de la comunidad que adquirió el VIH.

Al mismo tiempo, se busca negar a nivel emotivo, la posibilidad de ITS en uno/a mismo/a. Nuevamente se produce la disonancia cognitiva identificada entre los/as adolescentes: la amenaza de las ITS está presente a nivel del razonamiento lógico, pero es negada en el nivel de los sentimientos y actitudes: “eso no me va a ocurrir a mí”.

La idea es negar la posibilidad de infidelidad sexual del esposo. Admitirla explícitamente afectaría la propia auto valoración de la mujer.

Con todo, la posibilidad de relaciones sexuales casuales para los esposos está siempre presente, especialmente cuando deben migrar temporalmente en busca de trabajo. Parece poco probable el uso sistemático del preservativo en estas relaciones por parte de los esposos.

Con ello, el riesgo de transmitir ITS se incrementa, toda vez que no se han identificado prácticas adecuadas de prevención frente a las mismas.

15. EVALUACIÓN Y DEMANDAS RESPECTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Como entre los/as adolescentes, la relación con los servicios de salud se restringe básicamente a la mujer. El esposo permanece más o menos ajeno a estos servicios, en la medida en que es también más o menos ajeno a la dinámica reproductiva en el hogar.

Como ya se detalló anteriormente, las mujeres evalúan los servicios de salud en función de dos grandes criterios:

- La capacidad resolutive de los servicios traducida en la presencia de médicos/as profesionales capaces de atender adecuadamente a las usuarias, y la provisión de insumos y medicamentos.
- El segundo criterio es la calidez en la atención, traducida en un trato cordial, en la rapidez de la entrega del servicio, y en una infraestructura que ayude a la privacidad y confidencialidad en la consulta.

Respecto del primer criterio, la percepción generalizada es que hace falta en sus servicios de salud más profesionales; especialmente personal especializado en ginecología, obstetricia y pediatria.

La segunda demanda es apunta a una mejor provisión de insumos y medicamentos para mejorar la calidad de la atención.

En cuanto a la calidez existe la convicción que la misma no depende de políticas institucionales, sino de la calidad humana del/a proveedor/a. Se trata por tanto de “suerte”: si a una le toca un/a proveedor/a amable, o si le toca alguien que maltrata a las personas.

La tendencia es a creer que las enfermeras son las que tratan mal a las usuarias, en tanto que los médicos varones, son más amables y comprensivos con las mujeres que acuden al servicio de salud.

Un trato deficiente es percibido como una discriminación por ser pobres. Según las mujeres entrevistadas, esta discriminación se manifiesta en hacerles esperar mucho tiempo antes de atenderlas en la consulta propiamente dicha, y en la preferencia de atención a mujeres “bien vestidas”.

Por tanto, una tercera demanda entre las mujeres es una mayor rapidez en la entrega del servicio.

Finalmente una cuarta demanda se dirige a respetar el derecho de la privacidad y confidencialidad de la consulta, especialmente en Atyr Centro. Se cree que las enfermeras, no respetan este derecho de la usuaria.

16. CONCLUSIONES.

1. El círculo femenino de apoyo a la mujer embarazada es una instancia muy importante en la formación de valores, normas, actitudes, y en la circulación de conocimientos y creencias, que condicionan los comportamientos sexuales principalmente de las mujeres jóvenes.

Una intervención institucional orientada al desarrollo de prácticas sexuales saludables, tendría que tomar en cuenta este factor, y dirigir sus mensajes y acciones, no sólo a la mujer de manera aislada, sino a todo este círculo femenino de apoyo.

2. Se ha observado un proceso creciente de institucionalización en la atención materno infantil. Este proceso tiende a relegar a la partera a una función secundaria y complementaria, a los servicios ofrecidos por el sistema institucionalizado.

De manera más o menos espontánea, la tendencia es a priorizar el uso del sistema institucionalizado por su capacidad resolutive; sin dejar de lado un uso secundario del sistema tradicional, valorado por su calidez y empatía.

Lo anterior quiere decir que la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva ya está en proceso de formación. Lo importante aquí es concentrarse en la mejora de la oferta.

3. Son tres los principales aspectos débiles en la oferta institucional, identificados por las personas entrevistadas en este estudio:
 - La falta de recursos humanos especializados, que estén de manera más permanente en los servicios de salud, y la falta de insumos y medicamentos. Esto limita la capacidad resolutive de estos servicios de salud. Aspecto que en un principio motivó la demanda de los mismos en la comunidad.
 - Procesos de atención más rápidos, de modo que las mujeres no tengan que esperar mucho tiempo antes de recibir el servicio. Una espera prolongada es vista como una expresión de discriminación hacia las mujeres “por ser pobres”.
 - Mayor calidez en la atención, especialmente de las enfermeras, de modo que la usuaria desarrolle una actitud de mayor confianza en el servicio de salud.
4. Aunque se ha observado una inclinación al uso de métodos modernos de planificación familiar desde los primeros embarazos, el mismo suele ser inconsistente y, por tanto, poco efectivo para limitar el número de hijos/as en el hogar. Este uso inconsistente se debe principalmente a dos factores básicos:
 - A la circulación de mitos y creencias sobre los efectos secundarios del uso sistemático de estos métodos (cáncer,

alteraciones nerviosas, gordura), y respecto de una pretendida ineficacia de estos métodos. Estas creencias tienen su origen en el círculo femenino de apoyo a la mujer. Por tanto se hace necesario trabajar en este círculo para tratar de aminorar la fuerza de estas creencias en el comportamiento de la mujer.

- Un segundo factor que dificulta el uso sistemático de métodos modernos de planificación familiar es que el esposo no participa ni colabora activamente para que este uso tenga los resultados esperados. Se hace necesario, por tanto, estimular una decisión concertada y un uso cooperativo de los métodos modernos de planificación familiar en el hogar, con una participación más activa del esposo en el proceso.
5. Las ITS no son parte de las preocupaciones ni del horizonte de percepciones de los/as jóvenes adultos/as. Este tema aún no puede usarse como principal elemento motivador, para el desarrollo de prácticas sexuales más saludables.

Parte IV

Conclusiones y Recomendaciones Generales

En esta tercera parte, se proponen algunas conclusiones y recomendaciones generales, que puedan ser relevantes para el diseño de una estrategia de intervención para el cambio de conducta.

1. Se ha podido constatar que tanto entre adolescentes como entre jóvenes – adultos/as, los grupos de referencia son esenciales no solo en la socialización de información y creencias; sino también en la producción de valores y normas, que condicionan las prácticas sexuales.

Entre los/as adolescentes, es muy importante el rol que juega el grupo de amigos/as. Lo mismo se puede decir con las mujeres de 25 a 30 años, el círculo femenino de apoyo es vital en la conformación de pautas de acción y decisión de uso de servicios de salud materno infantil.

Esto quiere decir que una adecuada estrategia de intervención institucional debe dirigir sus mensajes y actividades, no sólo a segmentos poblacionales considerados como conjuntos de personas aisladas, sino también a sus grupos de referencia. Los sujetos de la estrategia y del cambio de comportamiento son entidades colectivas, y no individuos independientes.

El influir en estos grupos de referencia permitirá a su vez ayudar a modificar las pautas de acción y decisión de manera sustentable, en la sexualidad de adolescentes y jóvenes – adultos/as.

2. Al buscar influir en la cultura sexual de estos grupos de referencia de adolescentes y mujeres de 25 a 30 años, es necesario tomar en cuenta que la misma, ya cuenta con elementos que favorecen las conductas sexuales saludables.

Entre los/as adolescentes se tienen los siguientes valores y normas:

- La fidelidad sexual
- El uso consistente del preservativo para evitar embarazos no deseados.
- El acuerdo entre el hombre y la mujer para el uso del preservativo

Entre los/as jóvenes – adultos/as se tienen los siguientes valores y normas:

- El uso inmediato de los servicios institucionalizados para la atención de complicaciones obstétricas y neonatales.
- La necesidad de ahorrar dinero para los gastos de acceso a los servicios de salud.
- El deseo de limitar el número de hijos/as, para asegurar una buena educación para ellos/as.
- La inclinación a usar métodos modernos de planificación familiar por parte de las mujeres.

El trabajo sobre los grupos de referencia y sobre sus valores y normas en el área de la sexualidad, no supone la introducción de nuevas pautas de comportamiento. Más bien se trata de fortalecer estos valores ya existentes, de manera tal que tengan la fuerza suficiente como para condicionar las prácticas sexuales subsecuentes de ambos segmentos (adolescentes y jóvenes – adultos/as).

3. No sólo es necesario trabajar sobre los valores afines a prácticas sexuales saludables. También es necesario influir en el contexto, para que tales valores se traduzcan efectivamente en comportamientos positivos. En la presente investigación se ha visto que los factores de contexto pueden ayudar o limitar la puesta en práctica de las normas orientadas a la prevención y al cuidado de sí.

En el caso de los/as adolescentes, limitaciones en el acceso confidencial, reservado y permanente a los preservativos, limitan su uso más consistente en las relaciones sexuales.

En el caso de las mujeres de 25 a 30 años, los ruidos que distorsionan la información sobre los métodos modernos de planificación familiar, limitan el uso consistente de los mismos.

Es necesario por tanto, encontrar maneras efectivas de actuar sobre estas barreras medio ambientales, para facilitar la puesta en práctica de las

normas positivas que ya se estan desarrollando en el seno de estos segmentos.

4. Tanto entre adolescentes como entre jovenes – adultos/as se ha observado que, a medida que hay un mayor acuerdo entre varones y mujeres en el uso de metodos de prevencion de embarazos no deseados, mayores son las posibilidades de uso efectivo de estos metodos.

Es decir, en la medida en que el varon deja su rol pasivo en la esfera reproductiva de la relacion de pareja, y asume una postura mas activa, en medio de una relacion mas equitativa con su pareja sexual, las posibilidades de desarrollar practicas sexuales saludables son mayores.

Por tanto, una estrategia de intervencion institucional no debería estar separada de un efectivo enfoque de genero, que busque relaciones mas equitativa entre hombres y mujeres en la esfera de las practicas sexuales.

5. Mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud, se convierte en una tarea esencial cuanto urgente, para apoyar el desarrollo de practicas sexuales saludables.

En el caso de los/as adolescentes, es vital que se desarrollen servicios de salud sexual caracterizados por la privacidad, la confidencialidad, el acceso permanente a los preservativos, y el desarrollo de relaciones de confianza entre el/la proveedor/a y el/la usuario/a.

En el caso de los/as jovenes – adultos/as, se necesita mejorar la rapidez en la entrega del servicio, junto con un trato mas cordial y calido, particularmente por parte de las enfermeras. Al mismo tiempo, se necesita garantizar la privacidad y la confidencialidad de la consulta.

Es posible suponer que estas mejoras en la calidad del servicio, incrementen el uso del mismo, ya que se ha podido constatar que la demanda se esta consolidando, especialmente en el segmento de las mujeres de 25 a 30 anos.

6. Aunque el tema de las ITS no debiera dejarse de lado en cualquier intervencion orientada al desarrollo de practicas sexuales saludables, es necesario estar concientes que el mismo por de pronto no es parte del horizonte de percepciones y preocupaciones de la poblacion estudiada.

Esto quiere decir que antes de tratar este tema, se necesita trabajar intensamente con procesos de sensibilizacion respecto del mismo.