

Sondeo cualitativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva y VIH/Sida en adolescentes y jóvenes indígenas de Nicaragua Marzo ,2010



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN

AGENCIA
ESPAÑOLA DE
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Norad



Coordinación General

Dr. Jorge Luis Prospero. Representante OPS/OMS Nicaragua.

Revisión Técnica

Dra. Matilde Maddaleno, Asesora Regional Adolescencia, Área Salud, Familiar Comunitario, OPS/OMS, Oficina Regional Washington, DC.

Dra. Ivy Lorena Talavera R. Consultora Adolescencia, SSR, Género y VIF, OPS/OMS Nicaragua.

Dr. Reynaldo Aguilar T. Coordinador, Área Salud, Familiar Comunitario, OPS/OMS Nicaragua

Lic. Silvia Malespín, Directora Secretaría de Salud Gobierno Regional del Atlántico Norte. GRAAN

Investigadores

Investigadora Principal, Dra. Mirna Cunningham Kain, Bilwi, Puerto Cabezas, Región Autónoma Atlántico Norte, Nicaragua, Mayo del 2010

Indice

Contenido

| | |
|--|-----------|
| 1. Breve situación socio-económica de los Pueblos Indígenas en Nicaragua. | 5 |
| 2. Metodología del trabajo de campo | 8 |
| 3. Principales hallazgos del trabajo de campo | 9 |
| 3.1 Relaciones de género | 9 |
| 3.2 Violencia | 9 |
| 3.2.1 Violencia Física | 10 |
| 3.2.2 Violencia Sexual | 11 |
| 3.2.3 Violencia en nombre de la tradición | 11 |
| 3.2.4 Violencia institucionalizada | 12 |
| 3.3 Escolaridad | 14 |
| 3.4 Inserción laboral | 15 |
| 3.5 Acceso a los servicios de Planificación familiar | 16 |
| 3.6 Embarazos no deseados | 17 |
| 3.7 Contexto comunitario | 18 |
| 3.8 VIH | 20 |
| 3.8.1 Información sobre VIH/SIDA | 21 |
| 3.8.2 Prevención | 22 |
| 3.8.3 Discriminación de las personas viviendo con VIH | 27 |
| 3.9 Percepción de los jóvenes sobre calidad y acceso a los servicios de salud | 28 |
| 4. Conclusiones | 31 |
| 5. Recomendaciones | 36 |

Anexos

| | |
|--------------------------------|----|
| Retratos de historias de vidas | 37 |
| Siglas utilizadas | 38 |
| Bibliografía | 39 |



1. Breve situación socio-económica de los Pueblos Indígenas en Nicaragua.

Los pueblos indígenas se encuentran distribuidos en el Pacífico-Centro-Norte y la Costa Caribe de Nicaragua. En la Región Autónoma Atlántico Norte, habitan los Sumu-Mayangnas (Panamahka y Twaskas) y Miskitus y, en la Región Autónoma Atlántico Sur, Miskitus, Mayangnas (Ulwa) y Ramas. La población estimada de indígenas en Nicaragua es entre 10- 15% de la población total, siendo los pueblos mayoritarios Miskitus, Matagalpa-Chorotegas y Nahuas².

La comunidad étnica afro descendiente, esta constituida por Kreoles³ y Garífunas. A pesar de que la RAAN, representa el 7% del total de la población del país, en ella reside el 70.39% de la población perteneciente a pueblos indígenas y afrodescendiente de Nicaragua. De ellos, 83% se encuentran en los municipios de Puerto Cabezas (43.29%) y Waspan (39.87 %).

Hay descendientes de cuatro pueblos indígenas en el Pacífico, Centro y Norte del país, que reivindican su identidad étnica ancestral. Están ubicados en 24 comunidades y 9 departamentos; a saber: en Matagalpa, Jinotega, Madriz y Nueva Segovia, habitan Matagalpas y Nahuas⁴; en el departamento de León, Chorotegas; y en Rivas y Masaya, habitan Uto Aztecas- Nicaraos y Chorotegas⁵.

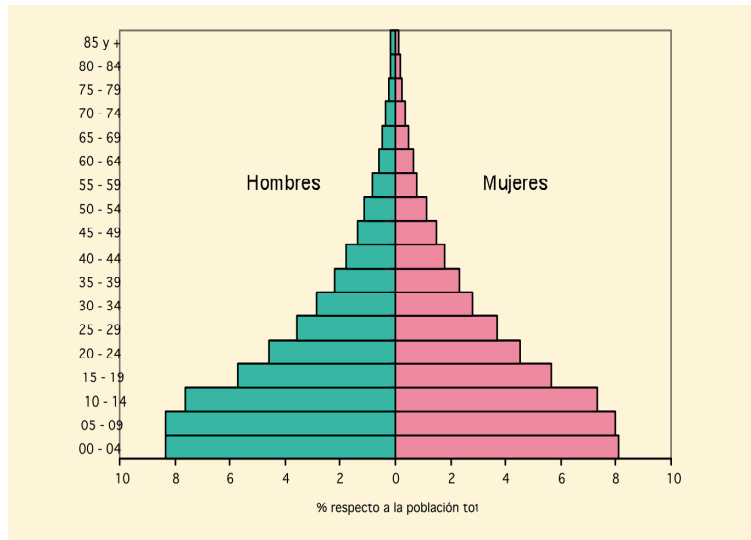
La Regiones Autónomas de Nicaragua, registran uno de los índices de crecimiento demográfico mas altos del país, con 219.5% en el periodo intercensal 1971-1995⁶. La tasa de crecimiento anual fue 4.6%, sobrepasando la media nacional de 3.1% en los años noventa. El censo de 1995, reflejo que 39% de los residentes de la RAAN eran migrantes internos, lo cual contribuyo a cambiar la composición de la población, incrementando la población mestiza en relación con las comunidades indígenas y afro descendientes⁷.

La RAAS también presenta un proceso acelerado de urbanización en las ultimas décadas, especialmente en el Municipio de Bluefields: 42.66 % viven en el sector urbano y 57.33 % en el sector rural. La mayor parte de la población en ambas Regiones Autónomas es menor de treinta años (67 por ciento). En la RAAN de cada 100 habitantes: 16 son menores de 5 años, 29 están en edad escolar (5 a 14 años de edad) y, 12 están en edad adolescente (15 a 19 años de edad).

2 De acuerdo con los datos del ultimo censo (2005) la población nicaragüense era de 5,142,098 habitantes. INEDI. 2009.
3 El nombre del idioma kriol se ha acostumbrado a escribir con la ortografía inglesa creole, también en textos en español.
4 Algunos autores lo escriben como Nahoas.
5 Procuraduría de Derechos Humanos. Diagnóstico sobre Pueblos Indígenas de Nicaragua. 2001.
6 INEC 1996.
7 MASIRAAN. 2008.



Histograma RAAN.



El mayor peso relativo de población joven y el menor de la población en edad de trabajar dan lugar a una relación de dependencia significativamente más elevada que la nacional (101 en la RAAN y 92 en la RAAS, versus 71 del promedio nacional)⁸. La esperanza de vida al nacer (EVN) en la Costa Caribe es casi cinco años menor que para la población del país, tanto para hombres como para mujeres. La tasa de mortalidad materna es mas alta en las Regiones Autónomas que en el resto del país.

La población en las Regiones Autónomas se asienta básicamente en cuatro zonas agro-ecológicas que inciden sobre su perfil económico, social, cultural, siendo las mismas: zona costera y de tierras bajas, zona de llanos de pinares, zona aledaña a los ríos y bosques y, zona de avance de frontera agrícola y de ganadería. La economía se sustenta en la pesca industrial y artesanal, sector forestal, minería industrial, pequeña minería y artesanal, agricultura y ganadería para el consumo interno y el comercio interno y de exportación. El aporte de las dos Regiones Autónomas a las exportaciones nacionales se da en los rubros de pesca, minería, recursos forestales, turismo y productos agropecuarios.

El nivel de escolaridad nacional es 4.9 años, mientras que en las Regiones Autónomas es apenas 2.1 años. En el Centro y Pacífico rural, que son zonas habitadas por pueblos indígenas es de 2.7 y 5.7 años respectivamente.



Los datos sobre población de 6 y 10 años y mas por condición de analfabetismo, en las Regiones Autónomas, indican que los municipios con alta proporción indígena, tienen las tasas mas altas de analfabetismo. Los datos sobre la situación de analfabetismo por pueblo indígena, indican que la tasa de analfabetismo mas alta es entre los Garifunas con 49%, le sigue el Pueblo Rama con 40%, los Ulwa con 31%, los Mayangna con 29.5% y los Miskitu con 28%⁹.

La situación de salud de los habitantes de las Regiones Autónomas están condicionados por factores, tales como: el acceso a educación, el acceso a los servicios de salud, limitaciones de transporte, abastecimiento de agua, comunicación básica, registro civil de las personas y acceso a la justicia¹⁰. El análisis del acceso de la población en la RAAN esta de igual manera, en dependencia del sistema de salud, sea este occidental o tradicional. El siguiente cuadro refleja algunas brechas entre ambas Regiones y el resto del país.

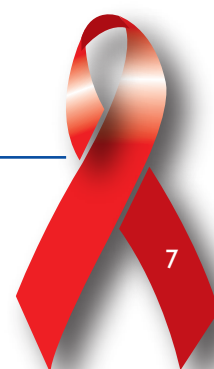
| No. | Indicadores | RAAN | RAAS | País |
|-----|--|-------|-------|-------|
| 1 | Tasa global de fecundidad | 3.65 | 3.55 | 2.94 |
| 2 | Tasa de natalidad | 34 | 22 | 24 |
| 3 | Mujeres entre 15 y 49 años | 45.0 | 47.2 | 51.8 |
| 4 | Adolescentes que ya son madres | 27.3 | 30.7 | 19.9 |
| 5 | Menores de 15 años que ya son madres | 1.2 | 1.0 | 0.8 |
| 6 | Intervalo intergenesico corto (7-24 m) | 33.2 | 36 | 28 |
| 7 | Razón de Mortalidad Materna* | 200.7 | 155.1 | 62.53 |
| 8 | Cobertura parto institucional | 52 | 48.0 | 73.8 |
| 9 | Prevalencia del uso de métodos de planificación familiar | 45.5 | 62.0 | 65.5 |
| 10 | Necesidades insatisfechas de planificación familiar | 28.1 | 16.4 | 14.7 |

Fuente: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. ENDESA 2006/07.

*Ministerio de Salud. Dirección General de Planificación y Desarrollo - Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). 2009

9 Cunningham, 2009.

10 Los servicios básicos que la población demanda de acuerdo a una encuesta realizada para elaborar el IDH en 2005 señalaba los siguientes: servicio de energía eléctrica, carencia de sistema de agua baja calidad cuando lo tienen, ausencia de centros de rehabilitación para enfermos psicotrópicos y alcohol, ausencia de juzgados para adolescentes y carencia de buen servicio de transporte.



2. Metodología del trabajo de campo

La investigación se llevo a cabo en las Regiones Autónomas Atlántico Norte y Sur. Los municipios en los cuales se realizo fueron Bilwi, Waspam, Laguna de Perlas y Bluefields en poblaciones adolescentes y jóvenes indígenas Miskitu y afro descendientes.

Se aplicaron técnicas y herramientas cualitativas concertadas entre los equipos de investigación de los países, traducidos a los idiomas autóctonos de cada pueblo, realizando 35 entrevistas a adolescentes, jóvenes e informantes claves adultos, 12 historias de vida a personas viviendo con VIH/SIDA y 4 grupos focales.

Las comunidades en las cuales se aplicaron los instrumentos fueron Krukira, Bilwi, Kamla, Sisin, Sukatpin, Kahka, Km 43, Kligna, Sandy Bay del Municipio de Puerto Cabezas; Waspam, Ulwas, Kisalaya, San Pedro, Esperanza, San Carlos del Municipio de Waspam; Alamicanban del Municipio de Prinzapolka; y, Orinoco, Bluefields y Laguna de Perlas de la RAAS.

Se coordinaron las actividades con personal del Ministerio de Salud, la Secretaria de Salud del Gobierno Regional Autónomo, grupos de jóvenes y adolescentes que trabajan con redes de personas viviendo con VIH/SIDA, directores/as de escuelas, coordinadores/as de barrios. En un primer momento se realizaron entrevistas de pilotaje, que sirvieron para ajustar los instrumentos. En todos los casos se solicito autorización a familiares y/o jóvenes participantes. En algunos casos solicitaron no ser grabados, ni fotografiados. Los resultados del estudio fueron validados en un taller que se llevo a cabo en Bilwi, Puerto Cabezas, RAAN.

Para las Historias de Vida la coordinación se realizo directamente con autoridades del Ministerio de Salud, con las responsables de programas y en algunos casos con Clínicas que llevan el programa de VIH. Para el caso de los grupos focales, se realizaron las coordinaciones en el sector urbano con directores de Colegios de Educación Secundaria y representantes de jóvenes. En el sector rural la coordinación se realizo en los barrios con autorización de los padres de familia y con la responsable de enfermería de los puestos de salud.



3. Principales hallazgos del trabajo de campo

3.1 Relaciones de género

La percepción generalizada es que los hombres son los que tienen el poder, son los que mandan, deciden. El rol que les corresponde a las mujeres adultas en el hogar es aconsejar y obedecer lo que deciden los hombres. Las mujeres son controladas por los padres, madres, abuelos/as, y se plantea que no pueden andar libres como los varones, a quienes se les permite ir a donde quieran.

“ ... no tienen los mismos derechos. Los varones son libres, ellos pueden llegar hasta las 12 de la noche a la casa y nadie les dice nada, dicen que los varones son gallos y donde quiera cantan, pero las mujeres siempre son controladas¹¹”

Esta diferenciación entre mujeres y hombres se aplica de igual manera en cuanto a la expresión y práctica de la sexualidad, por lo tanto, para el hombre todo es permitido, en cambio, para la mujer se trata de algo privado, que no debe manifestarse: “ los hombres somos para el sexo, pero las muchachas es más privado¹².”

En los hogares las mujeres tienen más obligaciones que los hombres, a quienes no les corresponde realizar tareas domésticas, incluso hay que servirles la comida.

“ en mi comunidad los hombres tienen más derecho en todo, hasta cuando van a comer, se sirve primero a los hombres y por último las mujeres comen¹³”

El siguiente cuadro refleja la distribución de obligaciones de mujeres y hombres.

| Lo que hacen los hombres | Lo que hacen las mujeres |
|--------------------------|--------------------------|
| Traer leña | Planchar |
| Chapear el patio | Lavar |
| Jalar agua | Cocinar |
| Construcción | Limpiar la casa |
| Sembrar | Lavar los trastes |
| Sacar madera y venderla | Ir al monte a sembrar |
| Pescar | Amas de casa |
| | Limpiar patio |
| | Cuidar los niños |
| | |

11 Entrevista a adolescente de 14 años, femenina, comunitaria rural, miskitu realizada por MM. RAAN.
12 Grupo focal de adolescentes. Waspam, RAAN. 17/2/2010. Facilitado por PO.
13 Entrevista a joven del sexo masculino de 20 años. Urbano. Bilwi, RAAN, Realizado por MM.



Los hombres tienen como obligación trabajar para buscar el alimento para la familia. A ellos les corresponde mantener a su familia. El concepto de familia a la cual debe de mantener - proveyéndoles de las necesidades básicas- se extiende a los parientes de la esposa/ compañera, por lo tanto, esa responsabilidad incide en la decisión sobre el nivel de educación, que toman sus padres, tal como lo expresa la siguiente acotación en una entrevista:

“...a las mamás no les gusta que los hijos se preparen, porque cuando trabajan y ganan dinero solo se beneficia la familia de las mujeres que conviven con el hijo, y no la familia que lo preparo... prefieren que los hijos trabajen en el monte”

Esa distribución de obligaciones acarrea problemas para las mujeres que no tienen marido, puesto que en esos casos, ellas tienen que asegurar los recursos para mantener a la familia.

A lo largo del estudio se evidencia que se están produciendo algunos cambios en cuanto al rol tradicional de las mujeres, tanto en la toma de decisiones dentro del hogar, como en el control del dinero. También hay casos en los que a veces el hombre, antes de tomar las decisiones consulta con la mujer:

“siempre los hombres han tomado las decisiones, pero ahora las mujeres quieren mandar”

3.2 Violencia

Hay evidencias de una serie de expresiones de maltrato en los hogares que se reproducen en cascada, los hombres les pegan a las mujeres y estas a los niños/as.

“ cuando andan bolos o drogados golpean a las esposas o a la mamá porque le exigen que le de comida y dinero y si no les dan se ponen enojados y les pegan y dicen que algunos hasta quieren abusar de su mujer¹⁴”

Las formas de violencia que se evidencian a lo largo del estudio son físicas, sexuales, institucionales y tradicionales.

3.2.1 Violencia Física

Se evidencia un alto grado de violencia física en las comunidades, especialmente expresado a través de golpes principalmente a mujeres y niños, combinado con abusos sexuales. Las razones que argumentan es la descomposición social, con el incremento de consumo de alcohol y drogas, especialmente por los hombres y en algunos casos por celos.

“ ... mi papá la dejó cuando yo era pequeña. Dice ella que le pegaba mucho y no le daba dinero, mi mamá lavaba ropa, planchaba, ella trabajó muy duro para criarnos.. venía a Puerto a trabajar de cocinera..somos 6 hermanos vivos, uno falleció¹⁵...”



14 Entrevista a adolescente masculino de 16 años, rural comunitario, del Municipio de Puerto Cabezas realizado por MM.

15 Historia de vida de mujer Miskitu de 20 años, heterosexual, urbana del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MM.

3.2.2 Violencia Sexual

Las violencias sexuales se expresan a través de casos de violaciones contra niñas y niños por padrastros, tíos, familiares; casos de incesto, violaciones por novios e incluso violaciones en las casas, barrios, taxi.

“ ... en mi comunidad a una muchacha su papa la violaba y el papa le decía, la amenazaba con pegar si hablaba, y cuando le dijo a su mama y a su abuelita, le dijeron ... que habla! ... es mentira..que su papa no podía hacerle eso...que la muchacha era mentirosa¹⁶...”

Una de las tendencias que se observa en los casos de incesto y violencia dentro del hogar es que los tratan como problemas familiares, internos. Para el caso de las adolescentes, niñas y jóvenes mujeres, hay una tendencia de desmentir las denuncias por parte de las madres y familiares.

3.2.3 Violencia en nombre de la tradición

Los casos de violencia en los hogares y en las comunidades indígenas Miskitus, incluyendo las violaciones sexuales son atendidos por las autoridades tradicionales compuestos por el/la Wihta, Sindico, Concejo de Ancianos, Policías Voluntarios. Algunas veces participan en la toma de decisiones los pastores de las iglesias. Esto se aplica en las comunidades y en los barrios de Bilwi en la RAAN.

El manejo de los casos varia de acuerdo al grado de beligerancia que tienen las organizaciones de mujeres en las comunidades, que son las únicas que abordan estos temas. En las comunidades aun se manejan sin embargo, los casos de violencia dentro del hogar como problemas privados, familiares. Solamente cuando hay lesiones visibles y graves se llevan a las autoridades.

“en mi comunidad... si sucedía esto la familia de la muchacha cobraba por la sangre- tala mana- que le pagaran con 2 vacas y llegaban a acuerdos con el juez de la comunidad.. en los casos de pleitos con la mujer no le hacían... solo si era muy grave, si la macheteaba y la herida era muy graves, en esos casos lo castigan al hombre o lo detienen y envían a la policía para que llegue a traerlo y lo eche preso¹⁷”

En los casos de violaciones se aplica también la justicia comunitaria, que consiste en un proceso de mediación entre las dos familias, y generalmente lo que se aplica es el Tala Mana¹⁸, con lo cual el hombre o su familia, paga por el honor de la muchacha y su familia desde unas vacas hasta dinero en efectivo. En casos de faltas menores los sancionan poniéndolos a hacer trabajos comunitarios como limpiar zanjas, predios, otros.

A veces los delegados o jueces van donde el pastor de la Iglesia para aconsejar al hombre y lo castigan. Aunque hay casos en los cuales no se meten las autoridades de la comunidad en los casos de violaciones porque dicen que es un problema familiar, tal como ha sido señalado previamente. Hay coordinadores de barrios que tienen un cuerpo de policías voluntarios que junto con el pastor de la Iglesia ayuda a capturar al victimario y le ponen condiciones para que cambie. Cuando los casos no tienen arreglo en el seno de la comunidad se trasladan a la policía y al sistema de administración de justicia del Estado.

16 Entrevista a adolescente varón Miskitu de comunidad rural de 16 años realizado por MM en el Municipio de Puerto Cabezas, RAAN.

17 Historia de vida de mujer Miskitu, heterosexual de 20 años, urbana hecha por MM en el Municipio de Puerto Cabezas, RAAN.

18 Sistema normativo de administración de justicia Miskitu que tiene como principio es restablecimiento del equilibrio y la armonía entre las partes a través de acuerdos, arreglos o decisiones de la autoridad competente.



3.2.4 Violencia institucionalizada

Los resultados del estudio revelan la intersección entre las formas de violencia con otras formas de discriminación que sufren adolescentes y jóvenes indígenas y afro descendientes. No se reportan expresiones discriminatorias por origen étnico cuando pertenecen al mismo pueblo o comunidad étnica. Sin embargo cuando salen a la cabecera municipal en la RAAN o la RAAS, los no indígenas utilizan expresiones verbales discriminatorias tales como “moscos” al referirse a Miskitus, quienes son discriminados por los krios y mestizos, pero también ellos discriminan a los Mayangnas, *“algunos Miskitus creen que ellos son mas que los Mayangna y que los Mayangna no son nada”¹⁹*.

Algunos jóvenes en el Río Coco y en la RAAS plantean, por ejemplo, que hay instituciones que no les dan trabajo cuando son Miskitus. En la RAAS también se reflejo este problema: *“existen casos de violencia contra las mujeres y discriminación contra las personas indígenas... existen muchos casos”²⁰*.

En las entrevistas las y los adolescentes y jóvenes plantean que son discriminados también por ser pobres. Una de las formas de abuso sexual documentada, es el caso de las jóvenes que van como empleadas domesticas y sufren abuso sexual de parte de los hijos y familiares de la casa del empleador/a. También se mencionan casos de violaciones y abusos por maestros de escuelas, que incluso utilizan a los niños para atraer a las niñas, regalándoles notas. Los pastores de las Iglesias también fueron señalados como abusadores sexuales.

Una de las personas entrevistadas resume esas diversas interseccionalidades en las formas de discriminación que sufren adolescentes y jóvenes, de la siguiente forma:

“ Se recibe violencia física de afuera de otras personas, y de su pareja por celos los golpean”²¹...

Las madres solteras también están entre los grupos que sufren maltrato en las familias. Expresan que cuando las familias se dan cuenta que están embarazadas las golpean, humillan y hasta las corren de las casas, cuando el joven no se hace cargo de ella.

Otro grupo de mujeres que sufren maltrato tanto de su familia, como del resto de la comunidad, es el caso de las jóvenes que sufren violación sexual:

“ Mi mama y mi hermana mayor me pegaron mucho.. el si se corrió... yo tenia pena y vergüenza cuando la gente me miraba”²²...

En estos casos también se practica la mediación entre las dos familias para alcanzar acuerdos, y muchas veces la adolescente, aun en casos de menores hasta de 12 años, es entregada al joven y su familia.



19
20
21
22

Entrevista a mujer joven de 19 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas realizada por MM.
Entrevista a joven mujer Garifunas de 19 años, realizada por JO en el Municipio de Laguna de Perlas, RAAS.
Historia de vida mujer joven de 23 años, kriol realizada en la RAAS por LE.
Historia de vida de mujer Miskitu de 20 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas, realizada por MM.

La opción sexual es otra causa de violencia en las comunidades. A las y los jóvenes que tienen sexo con personas de su mismo sexo se les conoce de forma peyorativa como cochones/as, y a pesar de que se reconoce que hay un mayor grado de aceptación, sufren mucha discriminación y maltrato:

“se comportan como mujeres... se burlan, les chiflan, les tiran piedras, y a veces por las noches les agarran y hasta les pegan²³”

Esta forma de maltrato inicia generalmente desde el ámbito familiar, por considerar esa opción sexual pecaminosa: “los tratan mal porque Dios dice el hombre debe de convivir con la mujer, no se mira bien que convivan hombre con hombre, por eso muchos se burlan de ellos²⁴” pero, también por vergüenza:

“muchas veces hasta la familia lo rechaza porque piensan que el tener a estas personas es vergüenza para la familia y lo maltratan, le pegan ... y hasta lo humillan²⁵”

Esta situación aplica de forma similar para hombres y mujeres, tal como lo expresa la siguiente persona entrevistada:

“mi hermano menor me pegaba muy duro porque me comportaba como varón y a el no le gustaba eso y por eso me humillaba” y “a veces la gente me critica y no ven bien que viva con otra mujer²⁶”

“nos tratan mal, cuando pasamos por las calles a veces nos humillan, nos dicen cosas feas, nos tiran piedras y palos, y los muchachos nos golpean, hay muchos problemas²⁷”

Se identificaron algunas organizaciones que están trabajando en las Regiones Autónomas para responder al problema de violencia contra mujeres y niñas. Les ayudan para poner las denuncias. En algunos casos en la zona urbana, la/el coordinador/a del barrio le ayuda a la mujer para llevar la denuncia a las instancias creadas para tal efecto, sin embargo, entre los problemas que enfrentan están la familia del hombre que amenaza o ella no tiene dinero para darle de comer a los hijos y se ve forzada a retirar la demanda. Los grupos gay masculinos también se perciben organizados.

23 Entrevista a joven masculino, Miskitu, de 24 años, urbano del Municipio de Waspam, realizado por PB
24 Entrevista a joven masculino Miskitu de 19 años del Municipio de Waspam. Realizado por PB.
25 Historia de vida de joven homosexual Miskitu de 20 años del Municipio de Puerto Cabezas. Realizado por MM.
26 Historia de vida, joven lesbiana Miskitu de 20 años del Municipio de Puerto Cabezas, realizada por MM.
27 Entrevista a joven homosexual de 16 años, urbano, Miskitu del Municipio de Puerto Cabezas. Realizada por MM.



Cuadro No. 2 Sitios adonde acuden en caso de violencia contra mujeres y niñas/os

| RAAN | RAAS |
|---|---------|
| Comisaría de la Mujer- Policía Nacional | |
| CEDEHCA | CEDEHCA |
| CAINCA | |
| MINSA | |
| Clínica Bilwi | |
| AMICA | |
| AMC | |
| Red de Mujeres contra la violencia | |
| Salud sin limites | |
| Médicos del Mundo | |
| Caritas de Nicaragua | |

3.3 Escolaridad

Según la EMNV 2005, en Nicaragua la población de niñas, niños y adolescentes en edad escolar es del 37.1 % de la población total. Un 49.0 % del total de los y las adolescentes de 13 a 17 años no asiste a la escuela, lo que los coloca en situación de gran desventaja, presentan alto nivel de analfabetismo y trabajan en ramas de la economía en las que se exponen a graves peligros que afectan la salud física, psíquica y la integridad moral de los y las adolescentes que trabajan.

El grado de escolaridad de los casos de las historias de vida refleja un abismo entre sus expectativas de vida y lo que pudieron alcanzar, reflejando sin embargo, una combinación de factores que incidieron, tal como es el siguiente caso:

“cuando yo era pequeña mi papa nos abandono, soy la segunda hija, a mi mama le toco muy duro criarnos y sufrimos mucho; muy pequeña comencé a trabajar, mi hermano menor me pegaba muy duro porque me comportaba como varón y a el no le gustaba eso y por eso me humillaba²⁸”

Esa joven tuvo que abandonar sus estudios para ayudarle a su mama a generar ingresos para mantener a la familia. Esa ha sido la constante de las vidas de las y los jóvenes cuyas historias de vida fueron documentadas durante el estudio.



Las causas de abandono del estudio fueron las siguientes:

- a. madre soltera con muchos hijos que necesitaba apoyo de las y los hijos mayores para contar con suficientes ingresos;
- b. padres de familia fuera del país;
- c. mas interés en diversión que en los estudios;
- d. embarazo a temprana edad.

La educación escolarizada no es percibida por algunas familias como una forma de mejorar la calidad de vida de las familias. En algunos casos plantean que le servirá a la familia de la esposa, cuando de trata de jóvenes varones, por lo tanto, las madres no alientan a este a proseguir estudios.

3.4 Inserción laboral

El avance acelerado de la frontera agrícola esta cambiando patrones culturales y productivos rápidamente, así como las formas tradicionales de tenencia de la tierra en la RAAN y la RAAS. La migración interna esta estrechamente relacionada con la situación de explotación sexual comercial de la niñez y adolescencia, ya sea que sigan a sus padres o se queden bajo la tutela de parientes o amistades, y también por las condiciones laborales y falta de seguridad para las que emigran de las áreas rurales a las urbanas.

Laboran en diversas actividades que les genera ingreso que entregan en sus casas: como trabajadoras domésticas, en la prostitución o como vendedoras ambulantes. Hay niñas de hasta 12 años haciendo trabajo de prostitución, aunque algunas consideran que no es un trabajo digno y que representa un riesgo para ellas, hay casos en que la mama la obliga a “inyectarse para no salir embarazada y llevar dinero a casa”. Muchas familias sobreviven “vendiendo drogas²⁹”.

Una de las formas de emigración laboral que se observa es la de jóvenes hombres y mujeres krioles y miskitus embarcados. Esa migración genera montos significativos de remesas familiares, pero afecta de forma negativa la desintegración familiar e incrementa los índices de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. También genera una situación de estigmatización social y/o rechazo de las mujeres que hacen parte de ese fenómeno, por el alto nivel de acoso sexual que caracteriza la actividad³⁰. En las comunidades del Río Coco se plantea de igual manera una alta movilidad de las y los jóvenes que salen a Puerto Cabezas, Corn Island o Managua en Nicaragua a buscar trabajos temporales; o en caso contrario, a Puerto Lempira en Honduras.

29 URACCAN.GVC.2005.
30 Dixon y Torres, 2009.



La inserción laboral se reduce especialmente a los siguientes campos:

| Hombres | Mujeres |
|------------------------|-------------|
| Chofer | Enfermeras |
| Policías | Maestras |
| Buzos | Cocineras |
| Maestros | Limpieza |
| Pescadores artesanales | Panadería |
| CPF | Pulperías |
| | Secretarias |

La percepción generalizada sin embargo, es que a los hombres les corresponde buscar “chambas” para mantener los hogares. Se percibe como una buena suerte “encontrar drogas” para vender, lo cual les permite salir de la situación de empobrecimiento extremo en que se encuentran gran parte de las familias.

3.5 Acceso a los servicios de Planificación familiar

En primer lugar esta el control social comunitario que se expresa a través de los valores sobre sexualidad compartidos en las familias, el liderazgo comunitario y las autoridades religiosas, el cual es compartido por la comunidad en su conjunto. Una de las mayores preocupaciones y responsabilidades de las madres es impedir que sus hijas salgan embarazadas cuando no se han dado las condiciones esperadas. También les corresponde asegurar que su hijo no embarace a una joven, porque significa que debe asumir la responsabilidad de mantener el/la hijo/a. Aun en ese contexto, son pocas las madres que recomiendan usar condones u otras medidas de planificación familiar.

“Los hombres hacen lo que quieren, no les exigen nada. A los varones los dejan andar libres de noche, a donde quieran ir porque no se embarazan, dicen las mamas, mis hijos no se van a embarazar, el que busca lo haya, las mujeres son mas controladas, solo los domingos pueden ir a misa y a jugar futbol³¹”

Ese patrón responde al hecho de que en las comunidades indígenas en las Regiones Autónomas, la sexualidad tiene un valor distinto para mujeres y hombres: a este ultimo le corresponde afirmarlo constantemente, en cambio a la mujer, le corresponde negarlo públicamente. En las comunidades indígenas la sexualidad femenina tiende a restringirse a la maternidad.

Las mujeres que no han tenido hijos, no han alcanzado la madurez. El cuerpo de la mujer gira a lo largo de su vida en torno a una “moral de la precaución”, que separa sexualidad publica y privada. Hay un tabú sobre la sexualidad que usa el silencio como mecanismo cultural, es una especie de código ético moral, que prohíbe o limita las expresiones abiertas de la sexualidad³². Las religiones cristianas han reafirmado ese tabú.



31 Entrevista adolescente mujer Miskitu de 13 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MM.

32 Dixon y Gómez. 2003.

Las mujeres se enfrentan de forma cotidiana a esta situación. Las adolescentes y jóvenes inician relaciones sexuales a muy corta edad- entre 10 y 15 años- sin contar con respaldo familiar y comunitario que les permita adoptar medidas para evitar el embarazo. Cuando esto se da, se genera un conflicto familiar severo.

Por el lado, las jóvenes asumen el hecho de quedar embarazadas como un asunto del destino, algo que Dios da y debe aguantarse. Pero también se ha demostrado que el status de una mujer en una comunidad cambia al estar embarazada, debe ser respetada, protegida e, incluso se ha documentado que se organizan actividades de Pana Pana (ayuda mutua) para apoyarlas.

“ La familia demanda al muchacho para que se haga responsable, van con el juez o con la policía. Antes la familia ponía la queja a la autoridad de la comunidad y tomaban decisiones, si la muchacha era muy pequeña castigaban, pero ahora, las autoridades, los wihta y los coordinadores dicen que eso es responsabilidad solo de la familia... por eso acuden donde la mama y la mama a la familia del muchacho³³”

Para impedir los embarazos algunas usan pastillas, otras inyecciones. En algunos casos prefieren los servicios de salud privados para asegurar privacidad. El uso del condón esta asociado con la prevención del embarazo, y es el hombre el que decide usarlo o no, dependiendo de su decisión de tener hijos.

“ El joven usa el condón para no embarazar y para no contraer enfermedades...la mujer es la que lo pide, pero para no quedar embarazada³⁴...”

Su uso responde al temor de que salga embarazada la joven: *“ a los varones les dejan andar libres de noche adonde quieran, porque no se embarazan³⁵...”*

Las medidas que adoptan las jóvenes cuando salen embarazadas buscan como abortar utilizando pastillas o hierbas o, asumir la responsabilidad de tener la/ el hijo/a.

3.6 Embarazos no deseados

La tasa de fecundidad de adolescentes de las Regiones Autónomas esta entre las mas altas. ³⁶ENDESA 2006/07 reporta que de 52 por ciento de nacidos vivos cuyas madres no tuvieron control postparto, se elevo en el área rural a 67 por ciento, alcanzando en la RAAS y RAAN cifras cercanas al 70 %. Las mujeres de las Regiones Autónomas tienen sus hijos/as muy temprano. El porcentaje de adolescentes madres es alto, está por encima de los promedios nacionales y el intervalo intergenésico supera el 30%, también por encima del indicador nacional, especialmente en el caso de la RAAS. Tienen más hijos/as en promedio que en el nivel nacional (por encima de los 3,5 hijos/as por mujer), con lo que se evidencia el escaso control que tienen sobre la reproducción.

33 Entrevista a joven Miskitu de 18 años de comunidad rural del Municipio de Waspam. Realizado por PB.

34 Entrevista a mujer joven Miskitu de 19 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas. Realizada por MM.

35 idem

36 ENDESA. 2006/07



El estudio revela que el tema del embarazo es un aspecto conflictivo en la relación intrafamiliar y, cuando ocurre entre la familia de la joven y el varón. “es problema para el varón, porque la familia de la muchacha va a la casa del muchacho, lo amenaza y se crean pleitos entre las dos familias, la familia de la muchacha le exige que se casen, pero a veces la mama del varón no acepta si no le cae bien la muchacha³⁷”

En las primeras relaciones sexuales ninguno de los dos piensa en el embarazo. El problema surge posteriormente, puesto que se responsabiliza a la mujer. Cuando sospechan o saben que están embarazadas buscan en primer lugar la protección de las dos familias. La actitud de las madres es de frustración por no haber podido cumplir con su responsabilidad de impedir o prevenir el embarazo, las jóvenes son maltratadas y posteriormente buscan a la familia del varón para que este asuma la responsabilidad.

“las mamas se enojan mucho, les pegan. Las corren de la casa, le dicen que ya no la quiere, a veces les dan remedio casero para abortar y amenazan al muchacho³⁸”

En algunos casos cuando la familia no se ha dado cuenta sobre el embarazo aun, recurren al aborto para lo cual, utilizan pastillas (de malaria, sulfatiazol) y/o hierbas amargas.

3.7 Contexto comunitario

En las familias hay una división de responsabilidades en la educación de las y los hijos. Las mujeres tienen la responsabilidad de aconsejar a las y los adolescentes y jóvenes para que se porten bien. Ellas están pendientes del cuidado de las hijas para que no salgan embarazadas, para que los varones no anden por malos caminos, que no se metan en drogas, ni anden tomando licor.

Tiene la responsabilidad de enseñarle al hijo varón que no debe embarazarse a las jóvenes. Las y los adolescentes y jóvenes perciben sin embargo, que la madre les habla de todo, menos de sexualidad.

La percepción que predomina entre las y los adolescentes y jóvenes es que el padre no se comunica con los hijos/as, no permanecen en las casas. Sin embargo le corresponde educar al hijo varón en tareas como sembrar, cultivar, limpiar, pescar, cazar, aserrar madera; lo que se considera trabajos duros, de manera que cuando sea “hombre” pueda hacerlos. Mientras que la mujer es educada por la madre sobre todos los quehaceres del hogar y la vida: planchar, lavar, cocinar y limpiar.

“ en mi casa mi papa habla solo con mis hermanos, les da consejos y, mi mama con las mujeres, el hombre se entiende con hombres y las mujeres con mujeres. Los hombres tienen mas libertad porque ellos no se pueden embarazarse³⁹”



39
37
38

Entrevista a joven mujer Miskitu de 19 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MM >
Entrevista a joven mujer de 19 años, Miskitu de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MM.
Entrevista a joven mujer Miskitu de 18 años de comunidad rural del Municipio de Waspam. Realizado por PB.

La percepción de las madres y padres entrevistados es que tienen muchas cosas que desaprender sobre el tema de SSR para orientar a sus hijos/as, porque consideran que tienen muchos prejuicios que les impide ver las cosas como son. El estudio revela sin embargo, que no hay confianza de los jóvenes en los adultos.

Las y los adolescentes y jóvenes del mismo grupo de edad, las/os amigas/os- tienen una enorme responsabilidad, puesto que son los que gozan de mayor credibilidad, son los que dicen lo que deben hacer para protegerse. Hay varios grupos de jóvenes organizados en ambas Regiones Autónomas: en las Iglesias, el programa Voz Joven de las Alcaldías Municipales y Gobiernos Regionales (con financiamiento de UNFPA), entre otros

En esas organizaciones de jóvenes se promueve el deporte, realizan actividades de intercambio, las iglesias conversan con los jóvenes sobre distintos temas como prevención de drogas, SIDA, ITS. También les inculcan valores espirituales y como comportarse en la familia y en las comunidades con las demás personas. Esas modalidades organizativas también contribuyen a través de los intercambios a generar grupos de confianza entre las y los jóvenes, que permite la auto ayuda y los consejos entre ellos.

En las comunidades y barrios indígenas, los miembros de los Concejos de ancianos también se reúnen con las y los jóvenes para darles consejos y platicar con ellos. Las y los adolescentes y jóvenes escuchan y respetan a los pastores, a los adultos, a los jueces, coordinadores y parteras. En general se han comenzado a preocupar ante la demanda de las familias sobre los problemas de las y los jóvenes, aunque también inciden por las sanciones que aplican cuando no les hacen caso.

“la mayoría tenemos una formación cristiana y a veces aunque no sea la verdad absoluta, predomina porque (la religiosidad) es un símbolo de nuestra cultura...tenemos que trabajar con ellos⁴⁰”

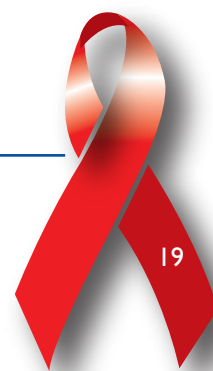
Algunos pastores aconsejan sobre temas de SSR porque reconocen que existen muchas enfermedades contagiosas, pero la mayoría esta en contra porque dicen que las y los adolescentes y jóvenes andan pecando contra Dios.

“ ellos nos enseñan que hay que caminar por los caminos de Dios y que el nos va a ayudar a no contraer enfermedades⁴¹”.

Los argumentan que las y los adolescentes y jóvenes aceptan para hacerles casos a los pastores son los siguientes:

- a. son adultos y saben mucho mas que los jóvenes;
- b. la familia respeta lo que dice la iglesia por al desobedecer Dios nos puede castigar;
- c. los excomulgan, pierden su membresía en la iglesia y dejan de ser cristianos;
- d. temor a Dios por el pecado;
- e. los padres de familia los buscan para dar consejos;
- f. los pastores estudian la biblia y saben por lo tanto mas de la vida.

40 Entrevista informal a dirigente comunitario en Bilwi. RAAN. Realizado por MM.
41 Entrevista a joven varon de 19 años del Municipio de Waspam. Realizado por PB.



En las escuelas las/os profesores aconsejan que los jóvenes que tienen que cuidarse, esperar un poco y estudiar. Sin embargo, uno de los problemas detectados con los docentes, es que hay denuncias de que se aprovechan de las niñas por las notas y con los varones para que estos les hagan los “conectes con las niñas”.

3.8 VIH y Sida

En Nicaragua, se registró el primer caso de Sida en 1987, hasta el 2008, se han registrado 3,876 casos, correspondiendo el 32% (1,250) a mujeres y 68% (2,626) a hombres, para una relación Hombre-Mujer de 2.2 / 1. A Diciembre del 2008, se reportan 2,541 casos VIH, 516 casos Sida y un total de 768 fallecidos.

La tasa de prevalencia a nivel nacional para el 2008 es de 5.5/10,000 habitante. Como ésta no sobrepasa al 1% en la población general, la epidemia se identifica como de bajo nivel, aunque investigaciones realizadas en Hombres que tienen Sexo con Hombres han encontrado niveles de prevalencia superiores al 9%⁴². Los SILAIS de mayor prevalencia, son Managua, Chinandega, León, Masaya, la Región Autónoma del Atlántico Norte y la Región Autónoma del Atlántico Sur,

En el acumulado de VIH y Sida hasta 2008, la vía de transmisión predominante es sexual (94.7%), con predominio de la relación heterosexual (81%) y la relación de hombres que tiene sexo con hombres 19%. Centroamérica y Nicaragua, desde el inicio de la epidemia, presentan un patrón predominante de transmisión sexual, que se diferencia de todas las demás regiones del continente americano.⁴³Entre personas heterosexuales VIH+, en los últimos 5 años se observa un incremento de casos del sexo femenino, que representaba el 31% en el 2000 y aumentó a 45% en 2008⁴⁴.

La tasa de prevalencia del VIH por 10,000 habitantes en el 2008 es 7.5 para la RAAS y 4.2 para la RAAN, siendo los Municipios que presentan tasas mayores Puerto Cabezas 10.1/10,000 habitantes y Waspam 5.5. Igual que en el país la población más afectada es entre los 15 y 49 años.

Nicaragua cuenta con la Ley 238, Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el Sida”, que promueve la defensa de los derechos humanos en la prevención del VIH y el tratamiento del Sida. La misma establece la creación de la CONSIDA que tiene en su composición a miembros de las Comisiones de Salud de los Consejos Regionales Autónomo Atlántico Norte y Sur. En las Regiones Autónomas se han conformado Comisiones de lucha contra el Sida que realizan actividades preventivas y han promovido también el tratamiento para los enfermos/as. En algunas unidades de salud en las cabeceras municipales del MINSA se cuenta con un/a trabajador/a de la salud para atender a las/os pacientes de VIH/Sida.



42 Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH/SIDA en Hombres que tienen Sexo con Hombres. Nicaragua, 2002.
43 Vigilancia del Sida en las Américas. OPS, junio 2005. ONUSIDA
44 Idem.

3.8.1 Información sobre VIH y sida

El grado de conocimiento sobre VIH y sida entre las y los adolescentes y jóvenes indígenas y afro descendientes en las Regiones Autónomas es bastante bueno, especialmente aquellos que viven en las cabeceras regionales y municipales. Saben que es contagioso y se adquiere por las relaciones sexuales, al no usar preservativos y que mata. Sobre los síntomas también tienen conocimientos *“hay gente que solo vive enferma, se pone bien flaca y pálida, y le agarra tuberculosis, y no se cura si no le dan el tratamiento del Sida⁴⁵”*.

La percepción es que los jóvenes saben mas sobre VIH y sida que los adultos. También se considera que los homosexuales tienen mas conocimientos sobre el tema, porque han recibido mas capacitaciones.

“En julio del 2009 se me presento fiebre, dolor de hueso y toda mi familia me decía que yo tenia Sida y después de hacer la prueba salí positivo. El Sida es una enfermedad que no se cura y con la que se puede morir. Había oído hablar del Sida y sobre los medios de prevención. Se transmite por la relación sexual sin protección y da fiebre, dolor de huesos, mareo y otros síntomas. Me di cuenta a través de la prueba rápida⁴⁶”.

Este nivel de conocimiento no coincide con el de las personas que viven con VIH/Sida, quienes en varios casos su plantearon no haber contado con mucha información antes de enfermarse. Por ejemplo, el caso de una joven de 18 años que vive con VIH y sida de una comunidad alejada de la cabecera municipal muestra esa situación:

“...Yo me siento bien, solo tengo un poco de dolor por la cesárea que me hicieron... Yo no sé cuando me infecte, yo no sabía que tenía esa enfermedad, yo estaba bien... dicen que da síntomas, pero a mí no me dio nada, por eso yo no me daba cuenta... De eso no escuche (de la enfermedad)... (sobre los síntomas y los medios de prevención) ... No sabía, no había escuchado...(sobre el tratamiento) No sabía...”

Cuando fui a pasar consulta para hacerme el control prenatal allí me dijo el Doctor que me tenía que hacer unos exámenes y también me explicaron que me iban hacer una prueba del Sida, después cuando me dieron los resultados dijeron que había salido mal en un examen y me iban hacer otra vez, pero que tenía que pasar al programa con una enfermera que allí me iban atender⁴⁷...”

Las formas de contagio que identifican son las siguientes:

- Relaciones sexuales sin protección
- Transfusión sanguínea
- Pecho de la madre al hijo/a
- Uso de aguja contaminada
- H que tiene sexo con H
- El no uso de preservativos
- Hay mucha prostitucion en las zonas
- Los hombres tienen muchas mujeres y no se protegen

45 Grupo focal de adolescentes Miskitus mixto en comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas. RAAN. Realizado por MM y MAL.
46 Historia de vida, adolescente mujer de 16 años del Municipio de Waspmam. Realizado por MAL.
47 Historia de vida, joven mujer de 18 años Miskitu de comunidad del Municipio de Waspmam. Realizado por PB.



Los resultados de un grupo focal de adolescentes y jóvenes en una comunidad rural dio como resultado el siguiente listado de formas de contagio:

“ Realizarse tatuaje, utilizar agujas contaminadas por una persona enferma con el VIH/Sida, por tener relaciones sexuales con personas infectadas por el VIH, por usar la misma rasuradora de otra persona que puede estar infectado con el VIH, por el beso, por tener relaciones sexuales con animales como el mono, caballo y el perro. Se transmite por transfusión de sangre de la persona enferma y por dar el pecho al bebe cuando la madre esta enferma por el VIH⁴⁸”.

Y, entre las principales causas del contagio identificadas se encontraron las siguientes:

- mucha promiscuidad
- llegada de gente de fuera de la comunidad, incluyendo el transito hacia Honduras
- Las personas que tienen la enfermedad no están protegiendo a sus parejas e hijos/as
- No les gustar usar el preservativo
- La prostitucion
- Los vagos
- Mucha droga
- Los buzos andan con muchas mujeres
- Le tienen miedo a la prueba
- La ausencia de recomendaciones preventivas de parte de las familias.

Una tendencia que se observa es culpar a las mujeres como las responsables de los focos de contagio, quitando con ello la responsabilidad de los hombres:

“porque las mujeres son promiscuas... ellas son las que pasan las enfermedades a los hombres, y los jóvenes no se cuidan porque no les importa nada⁴⁹”

Hay que destacar que el concepto de prostitucion tiene diversas connotaciones para las y los adolescentes y jóvenes. Así vemos que en las entrevistas reconocen que hay prostitutas de diversos orígenes étnicos, sin embargo, en el ámbito comunitario asumen una identidad mas reservada, como lo indica un joven entrevistado: *“en mi comunidad prostitutas declaradas no hay, pero si hay mujeres que uno puede llegar a tener sexo en la casa y pagar... pero ellas son reservadas⁵⁰...”*

3.8.2 Prevención

Sobre las formas de prevención que las y los adolescentes y jóvenes mencionan están las recomendaciones de las familias, usar el condón, las mujeres deben desconfiar de sus parejas y protegerse cuando tienen relaciones sexuales, hacerse exámenes periódicos, ser fieles a sus parejas, aconsejar a sus hijos/as.



El estudio revela que en la RAAN y la RAAS las y los adolescentes y jóvenes indígenas y afro descendientes, si bien tienen un buen grado de conocimiento sobre los riesgos, no se han apropiado de las medidas de protección, por lo tanto, no las aplican. El condón tiene varios nombres; a saber: preservativo, gorra, hule.

Los jóvenes varones expresan algunas razones para no usar el condón, como el olor, el aceite les da asco y especialmente porque no sienten igual, “no es rico tener sexo⁵¹” y es “mejor carne con carne⁵²”. Las razones que argumentan es que no sienten el mismo placer.

Entre los afro descendientes sucede igual, “porque decía que si quería usar condón será porque tenía a otro ... y que además a el no le gusta usarlo, prefiere tener relaciones carne a carne.⁵³”

El no uso del condón responde también a otros factores que deben tomarse en cuenta. Por ejemplo, la información y comunicación sobre sexualidad se da principalmente entre jóvenes de su mismo grupo de edad, y de acuerdo con los resultados del estudio recomiendan el uso del condón entre ellos: *“los amigos que lo usan dicen que hay que usarlo porque con eso no se embaraza y no se enferma.⁵⁴”* O sea que a pesar de las recomendaciones de su mismo grupo de edad, no hacen caso.

En las entrevistas se evidencia que los adultos no hablan sobre el tema de sexo con los adolescentes y jóvenes, según algunos jóvenes, *“los adultos ni conocen sobre eso”⁵⁵*, al referirse al uso del condón. Las autoridades comunitarias tampoco hablan sobre esos temas: *“En las familias no se habla de ese tema y tampoco se escucha nada de los líderes⁵⁶.”*

A las a familia, por lo tanto, no les gusta que el hijo varón ande condones y mucho menos a la hija a quienes no autorizan *“a la mama no le gusta, le pega y hasta van donde el pastor para que le den consejo... a los religiosos les tienen respeto⁵⁷...”*

Las familias recurren a los pastores de las Iglesias para que hablen con las y los jóvenes. Los argumentos que usan para tener autoridad moral ante ellos/as es que, además de ser mayores, son respetados porque basan sus conocimientos en lo que han aprendido de la Biblia:

“...porque ellos son mayores y hay que respetarlos, y los delegados de la Iglesia ... ellos hablan lo que esta escrito en la Biblia y por eso ellos saben lo que es malo⁵⁸...”

Ni los líderes ni los pastores de las iglesias recomiendan el uso del condón, y mas bien las diferentes Iglesias utilizan el miedo para desmotivar su uso, recurriendo a la expulsión de las actividades religiosas comunitarias a los jóvenes que saben que los usan acompañándolo con consejos de que deben portarse bien:

51 Grupo focal adolescentes y jóvenes en el Municipio de Waspam, RAAN. Realizado por PO.
52 Idem.
53 Historia de vida de mujer joven de 29 años, Kriol en el Municipio de Bluefields. RAAS. Realizada por LE.
54 Entrevista a joven varón Miskitu de 19 años del Municipio de Waspam, RAAN. Realizada por PB.
55 Entrevista joven varón de 19 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas. Realizada por MM.
56 Entrevista a joven varón Miskitu de 17 años del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MM.
57 Entrevista a adolescente mujer de 17 años, Miskitu de una comunidad rural del Municipio de Waspam, RAAN. Realizado por PB.
58 Entrevista a joven varón Miskitu de 19 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MM.



” los religiosos cuando se dan cuenta que los jóvenes usan condón los excomulgan y lo sacan de la membresía de la Iglesia y dicen que ya no somos cristianos⁵⁹”

Los religiosos le dicen a las comunidades que el uso del condón es pecado, que usarlo significa desobedecer a Dios, quien les puede castigar. Se reportan sin embargo, algunos casos en los cuales las autoridades religiosas recomiendan el uso del condón, les dicen que los necesitan para cuidar su salud, y en otros casos les dicen que practiquen la abstinencia o anden solo con una pareja.

Las y los adolescentes y jóvenes tienen más bien temor que sus familiares y el resto de las personas en las comunidades se den cuenta que están usando condones, especialmente si las familias son cristianas, porque significa que pierden las posibilidades de participar en los espacios sociales comunitarios: los grupos de jóvenes, los coros de las Iglesias, las conferencias e incluso la misa dominical. Además aceptar usar condones los pone en evidencia como pecadores, como lo refleja una joven en una entrevista:

“ yo no soy mujer de la calle para usar eso, acaso que yo vivo en Puerto para usar esas cosas?...yo no uso eso, el hule no me gusta⁶⁰”

Otro problema que tienen las y los adolescentes y jóvenes con los condones es el acceso. En la medida en que las comunidades se alejan más de los centros urbanos, se hacen más inaccesibles. En los centros urbanos no hay problemas para conseguir condones. Los consiguen en las unidades de salud pública, farmacias, programas de prevención del Sida. Sin embargo, en las comunidades alejadas de las cabeceras regionales, e incluso en las cabeceras municipales no se obtienen con facilidad. En las comunidades alejadas se consiguen en los Puestos de Salud únicamente, pero el abastecimiento es limitado. Una vez que se acaban, no tienen recursos para el pago de transporte para ir a buscar.

” en mi comunidad es difícil porque tenemos que ir hasta el hospital a conseguir y hay que caminar mucho, si no tenemos para el pasaje no hay donde conseguir, y a veces cuando uno llega tal vez ya no hay, y aunque tenga reales el muchacho, no hay donde comprar eso⁶¹”

El otro problema es que solamente los varones tienen permiso (socio-cultural) para adquirir condones en los centros urbanos, pero incluso para ellos en el ámbito de las comunidades, se vuelve un problema complejo por la valoración social: *“ en mi comunidad nadie compra eso, y algunos van escondidos a pedir al puesto de salud⁶²”*

Para el caso de las mujeres adolescentes y jóvenes, la situación es aún más compleja. Si buscan condones son consideradas prostitutas, las enfermeras les cuentan a sus familiares, son criticadas por todos. La mujer que busca condón es considerada *“la Saura”*. Hay casos de adolescentes y jóvenes mujeres que utilizan diversas estrategias para conseguir los condones, algunas reportan incluso que se hacen amigas de algunos gay para que les compren los condones.

Otro problema que enfrentan es que las culpabilizan no solo de quedar embarazadas, sino también, por ser las portadoras de las ITS. La percepción de que son las mujeres las que transmiten las enfermedades... ..”en algunos casos porque algunas mujeres tienen iskadura y nos pasan a nosotros, los hombres⁶³”.

Para la prevención de embarazos mencionan que usan el condón, pastillas e inyecciones. Por todo lo anterior se puede concluir que la tendencia en las Regiones Autónomas entre las y los adolescentes y jóvenes indígenas y afro descendientes, ni es evitar embarazos, ni las enfermedades de transmisión sexual. Las relaciones sexuales no son protegidas.

“Yo estudiaba todos los días iba a clase, los domingos iba a misa, por la tarde asistía en las reuniones de jóvenes, después jugábamos en el patio de la iglesia con otros jóvenes. Fui miembro activo de la Iglesia, iba a encuentro de cristianos para estudiar la Biblia. En las conferencias tuve dos novios, el primero por 5 años y el 2do. por 2 años. El primero lo deje porque tenía otra novia y me peleaba mucho. El era de mi comunidad, era buzo, fue bueno conmigo no me pegaba solo que tenía 2 novias, aunque el era bueno conmigo la familia no me quería, ellos querían que tuviera otra novia con dinero, por eso hablaban mal de mí⁶⁴”

Entre los factores de riesgo que se mencionan a lo largo del estudio se identificaron los siguientes:

a) Las y los adolescentes y jóvenes tienen múltiples parejas de forma simultánea, e incluso hay hombres que tienen sexo con mujeres y hombres simultáneamente:

“hay hombres que tienen esposas y andan con hombres, pero las mujeres no se dan cuenta porque lo hacen a escondidas⁶⁵”

A pesar de que las y los adolescentes y jóvenes reconocen que la tendencia es tener simultáneamente múltiples parejas, no toman medidas de protección, como lo dice una persona con Sida:

“No utilice condón con mi novio, porque pensé que solo me tenía a mí⁶⁶...”

b) Se identifica que hay prostitución abierta y solapada, tanto en los centros urbanos como en las comunidades. Se plantea que hay prostitutas de los diferentes pueblos indígenas y comunidades étnicas, que en algunos casos son “reservadas” y que para el caso de adolescentes y jóvenes varones las utilizan para iniciar sus relaciones sexuales.

c) En la negociación durante las relaciones sexuales, las mujeres adolescentes y jóvenes plantean que a veces piden el condón, porque no quieren salir embarazadas, sin embargo, siempre ceden ante los chantajes de los varones. Se percibe que sucede igual en las parejas del mismo sexo, *“tal vez el que hace de hombre se opone⁶⁷”*

63 Entrevista a adolescente varón Miskitu de 17 años del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MM.

64 Historia de vida. Joven mujer de 20 años de una comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizada por MM.

65 Entrevista a adolescente mujer de 16 años de comunidad rural Miskita del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizada por MM.

66 Historia de vida de mujer Kriol de 29 años del Municipio de Bluefields, RAAS. Realizado por LE.

67 Grupo focal de Mujeres en el Municipio de Waspam. Realizado por PO.



“ Mi adolescencia también fue muy triste, ya que solo vivía en violencia y humillaciones. Mi adolescencia fue siempre triste ya que este señor que se enamoro de mi me engaño y me llevo a una casa solitaria y me violo a los 14 años y yo ni podía contarle a nadie, ya que no tuve apoyo de ninguna persona, solo humillaciones y siempre soñé estudiar y ser alguien en la vida y demostrar a mi padrastro que valía.

Mi novio era un hombre mucho mayor que yo. Se enamoro de mi cuando apenas tenia 9 años y lo tuve que aceptar de ultimo a los 14 años porque me perseguía. Tenia 14 años cuando tuve mis primeras relaciones sexuales y use preservativos para prevenir infección y protegerme de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo mi mayor obstáculo era que mi pareja era mucho mayor que yo y el decidía todo. No tuve mas relaciones formales, aunque si tuve otras relaciones no formales⁶⁸”.

d) Otro factor de riesgo es que hay una alta movilidad de adolescentes, jóvenes y adultos, mujeres y hombres, salen de las comunidades a diversos destinos en búsqueda de trabajo a Estados Unidos, Bluefields, Corn Island, Honduras, Managua. Además llegan muchos colonos en tiempo de cosecha de frijol o para la venta de oro a las comunidades del Río Coco, de otros lados de Nicaragua y de Honduras. Las mujeres del Río Coco van a Puerto Lempira y Bilwi a trabajar como cocineras o trabajadoras del sexo. Los afrodescendientes salen embarcados.

A pesar de que se considera que tienen otras parejas en sus salidas, sin embargo, no se percibe que ni ellos, ni sus parejas toman medidas de protección cuando regresan a sus comunidades de origen. *“ Yo pienso que me infecte en Puerto Cabezas, porque yo vivía con mi hermana y tenía muchos hombres⁶⁹*

e) Los adolescentes y jóvenes presentan actitudes de riesgo a partir de los 12 años de edad, con el consumo de alcohol drogas – marihuana, cocaína, crack, usan jeringas y se ve mas en varones que en mujeres. Las causas que justifican ese comportamiento son:

- por creerse hombres;
- por hacerle caso a sus amigos;
- tener muchos problemas con la familia;
- tener problemas con las novias;
- les regalan las drogas.

“Durante mi niñez, no crecí feliz porque desde muy niño, desde los 9 años tuve problemas. No tuve personas cercanas, ninguna, solo el señor. Mi hogar era triste porque mi madre era madre soltera, mi padrastro me humillaba diciéndome que yo era cochon (gay), me golpeaba. En mi hogar yo no tuve papa, mi padrastro me violentaba, me echaba de la casa, pegaba, me humillaba, por esta razón no tuve una infancia feliz, si no que vivía violencia porque me decía que yo era GEGEY. A los 9 años tuve problemas ya que un señor mayor de edad se enamoro de mi aunque yo era un niño⁷⁰”

Las personas mas vulnerables por el problema de sexo no protegido, fueron:

- a) las amas de casa por no protegerse y confiar en sus esposos,
- b) las y los jóvenes, por no preocuparse de los riesgos.



68
69
70

Historia de vida, octubre, Joven Miskitu de 18 años, de orientación sexual homosexual. Municipio de Puerto Cabezas. Realizado por MM.
Historia de vida, joven mujer Miskitu de 18 años. Comunidad rural del Municipio de Waspsam. Realizado por MAL.
Historia de vida, octubre, Joven Miskitu de 18 años, de orientación sexual homosexual. Municipio de Puerto Cabezas. Realizado por MM.

3.8.3 Discriminación de las personas viviendo con VIH

Desde la visión sobre salud Miskitu el VIH/Sida se diagnostica como una enfermedad Miskitu, conocida Puisin o Dus Lawan, que tienen como causa un hechizo o un mal.

“Unos no creen, piensan que le han hecho mal la gente por envidia o algún enemigo que les odia... creen que es hechizo, no aceptan la realidad, no buscan ayuda, algunos se han escapado del tratamiento. Creen que la medicina tradicional los puede curar⁷¹...”

Ante esta situación también se da el caso de que hay algunos médicos tradicionales que alegan que tienen cura para la enfermedad. Esta visión de la enfermedad tiene relación con los estigmas y prejuicios que hay sobre la enfermedad:

“Las personas diagnosticadas esconden su caso para que nadie se burle de ellos y no los aíslen, porque la gente no quiere ni pasar por su casa, le tienen mucho miedo... hay veces hasta la misma familia lo aparta... si lo corren de su casa no tiene adonde ir, muchos no tienen trabajo⁷²...”

En las comunidades indígenas el Puisin y Dus Lawan son enfermedades mortales. Por lo tanto, la discriminación contra las personas enfermas es porque tienen temor a contagiarse porque es una enfermedad mortal.

“la gente tiene miedo y se apartan, lo aíslan, lo ven como si fuera el diablo, ni le quieren hablar ni pasan por la casa cuando se dan cuenta⁷³”

Pero también, el hecho de aceptar tener la enfermedad significa que los valores compartidos por la comunidad sobre la sexualidad han sido transgredidos, lo cual también es sancionado socialmente:

“Sentí mucha tristeza y miedo. Y temor porque la gente iba hablar de mí⁷⁴”

El estudio nos revela que las personas que viven con VIH/Sida asumen diversas actitudes que combinan: a) aceptación de la situación, con lo cual cambian radicalmente sus estilos de vida, se hacen cristianos, tienen una sola pareja, usan condón para sus relaciones sexuales; b) otros casos, por el contrario, entran en una fase de negación ante el resto de las personas de su situación. Hay casos en los cuales aun no le han dicho ni a su pareja sobre su enfermedad, mucho menos al resto de familiares; y, c) otros incluso, no toman tratamiento, ni medidas de protección y quieren contagiar a todos los que puedan. Asumen una actitud de auto-destrucción y quieren contagiar al mayor número de personas posible. No quieren asistir al programa de Sida en las unidades de salud, para que no los vean y tampoco toman el tratamiento.

Hay algunos que piensan que se puede curar *“... yo pienso que se puede curar, tal vez buscando a otra gente que sabe de hierbas como los curanderos⁷⁵”* y también hay curanderos que plantean que pueden curar la enfermedad.

71 Entrevista informal a líder comunitario en Waspam, realizado por MAL.

72 Grupo focal de mujeres. Waspam. RAAN. Realizado por PO.

73 Grupo focal de mujeres en Waspam, RAAN. Realizado por PO.

74 Historia de vida, mujer Miskitu de 20 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas. Realizada por MM.

75 Entrevista a joven varón Miskitu de 18 años de comunidad rural del Municipio de Waspam. Realizada por PB.



3.9 Percepción de los jóvenes sobre calidad y acceso a los servicios de salud

Hay dos puntos de vista sobre este tema. Uno es que las y los adolescentes y jóvenes se sienten discriminados en las unidades de salud. Perciben que el personal de salud, especialmente las enfermeras asumen el rol de las madres, familiares y miembros de la comunidad, como defensoras de los valores comunitarios sobre sexualidad.

El personal de salud asume el rol de “*controladores culturales*” en el tema de la sexualidad de la comunidad. En ese contexto cuando llegan a las unidades de salud en búsqueda de servicios de SSR los regañan, no les aconsejan, y mas bien les llaman la atención por estar buscando servicios. Por ejemplo, cuando buscan condones les dicen “*tan chavalito y ya estas buscando eso*”⁷⁶, o como dice uno de los entrevistados, el problema es “*porque la que estaba de responsable era un obstáculo, porque no le gustaba que los adolescentes llegaran*”⁷⁷.

Otro problema, es que las enfermeras son personas conocidas por las familias, especialmente por las madres, y son infidentes. Por lo tanto, Las principales razones por las cuales no acuden a las unidades de salud, son la vergüenza y el miedo a “*que se den cuenta*”, y el que dirán.

... ahora si me tratan mal la gente de mi comunidad, parece que saben de mi enfermedad y me discriminan, aunque yo no le dije a nadie, solo a mi mama le conté, pero tengo una cuñada que trabaja en el Centro de Salud, parece que ella se dio cuenta y le contó a una muchacha”⁷⁸...

Otras razones aducidas son la falta de información sobre la disponibilidad del servicio y porque las y los adolescentes y jóvenes no están organizados.

Entre las personas que viven con VIH y sida también se sienten discriminados en algunos casos, especialmente de parte del personal de laboratorio, como lo indica una de ellas, “*cuando fui a hacer el examen de rutina en el laboratorio, la mujer me quedo viendo y se puso guantes y me sentí mal*”⁷⁹.

En el caso de las comunidades alejadas de la cabecera regional o municipal, la causa principal es la falta de servicios de SSR, como tal. Por lo tanto, aducen que la distancia y el costo incide en la falta de acceso. Aunque a lo anterior se agregan los problemas de lengua, vergüenza y miedo al que dirán. Una de las ofertas en las zonas aisladas son las brigada medicas de salud que tienen una presencia puntual en las comunidades. Si bien cumplen con un importante papel en la oferta de servicios básicos, se evidencia que no disponen de tiempo para consejería y para brindar información completa, como lo refleja el caso de una persona que esta viviendo con VIH/Sida:

“ Llego una brigada de salud al puesto de salud y me hice el examen... la enfermera me dijo que mi sangre estaba mal, estoy preocupada, no se lo que tengo, la enfermera en publico, me dijo que si yo quería a mi hijo que no le diera pecho, porque si le sigo dando se puede morir... me puse muy preocupada,, son raras las enfermeras... algunos son buenos, otros lo tratan mal... siento que la atención es mala, lo dejan en duda, no le explican bien, no les dan bien las respuestas”⁸⁰...



76
77
78
79
80

Entrevista a lider comunal del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MAL.
Entrevista a joven Miskitu de 18 años del Municipio de Waspam, RAAN. Realizado por PB
Historia de vida. Joven Miskitu de 18 años de comunidad rural del Municipio de Waspam. Realizado por MAL.
Historia de vida. Joven mujer Kriol de 29 años. Municipio de Bluefields, RAAS. Realizado por LE.
Historia de vida. Mujer Miskitu joven de 18 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas. Realizado por MM.

En las comunidades que quedan aisladas la situación es mas complicada, puesto que no hay disponibilidad de ese tipo de servicios en los puestos de salud y las y los pacientes deben recorrer grandes distancias para cumplir con el programa:

“en las comunidades no hay solidaridad con los casos de Sida, aíslan a la familia del enfermo porque la gente tiene mucho miedo. Para la atención hay muchos problemas porque cuesta mucho que vayan de las comunidades al Centro a retirar su tratamiento. En los Puestos de Salud solo hay medicamento para una semana... y solo para diarrea y catarro⁸¹”

Otros casos se dan porque la familia decide aislar a la persona y no darles el tratamiento, sustituyéndolo por medicina tradicional;

“ Si, lo aíslan, dicen que porque no se muere rápido. La familia lo niega y es porque se afrenta. Dicen que la enfermedad es provocada por un hechizo, no aceptan la realidad, no buscan ayuda, creen que la medicina tradicional lo puede curar⁸²”.

La otra situación es que hay adolescentes y jóvenes que se sienten satisfechos con los servicios de SSR que se ofertan en las unidades de salud, especialmente en las cabeceras regionales. Uno de los factores que contribuye a ello es la privacidad y el hecho de que el personal hable el idioma indígena:

“ ... me siento satisfecha con el tratamiento...a uno lo atienden en privado, nadie mas escucha lo que uno habla y la enfermera también es Miskitu, a uno le habla bien en Miskitu⁸³”

Esos factores contribuyen a generar un ambiente de confianza que asegura la permanencia en el tratamiento y el seguimiento de los casos:

“Yo acudí a la enfermera que lleva el programa del VIH S en el Centro de Salud. Me siento en confianza con ellos y creo que son competentes. Estoy recibiendo profilaxis y mi estado de salud ha mejorado. Me siento alegre con los servicios de salud porque me siento bien. La persona que me atiende es alegre y me da apoyo emocional durante mi visita al Centro de Salud. Me habla en mi idioma, el miskitu y no me han discriminado⁸⁴”.

Otro factor adicional que facilita el acceso es la eficiencia del servicio que se presta:

“Tome la decisión de hacerme la prueba porque me enfermo y me la hice en el Centro de Salud y no encontré ningún obstáculo para hacérmela. Mi primera reacción fue que pensé que me iba a morir y me entristeció mucho y solo pensé que me iba a morir y sentí temor⁸⁵”.

Los factores adicionales que contribuyen a facilitar el acceso a los servicios de salud publica son la gratuidad del tratamiento, la confidencialidad, el reparto de condones, la disponibilidad de información y de servicio especial para VIH (capacidad de consejería, disposición, “piadosa”, comprensiva)

81 Entrevista a dirigente comunitaria en Waspam, RAAN. Realizado por PO.

82 Entrevista dirigente comunitario en Waspam, RAAN. Realizado por PO.

83 Historia de vida de joven mujer Miskitu de 20 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas. RAAN. Realizado por MM.

84 Historia de vida. Joven Miskitu de 24 años del Municipio de Puerto Cabezas. RAAN. Realizado por MM.

85 Historia de vida. Joven Miskitu de 20 años del Municipio de Puerto Cabezas. RAAN. Realizado por MM.



Esto también ha sido percibido como un factor facilitador no solo en las unidades de salud, sino en algunos programas que ofrecen ONG. Aunque en otros casos no perciben que presten buen servicio.

La población de las Regiones Autónomas utiliza de forma simultánea la oferta de servicios de salud públicos, privados y tradicionales, por diversas razones. La primera responde a su visión del origen de las enfermedades y la confianza que tienen por lo tanto en la medicina tradicional. A la par justifican esa decisión argumentando que no reciben buena atención en el sistema de salud público:

“ a veces en el puesto de salud no valoran bien a los enfermos y por eso la gente busca el privado y donde los curanderos- que cobran muy caro- pero mucha gente le tienen confianza porque ya los han curado cuando es por malos espíritus o porque la gente le ha hecho algún mal.”⁸⁶

El concepto del origen de las enfermedades indígenas es bastante generalizado:

“ hay mucha gente que hace trick o puisin y por eso van donde el curandero o donde el sukia, si es una enfermedad por los malos espíritus , la gente lo busca para que lo espante”⁸⁷

“...porque tienen confianza y siempre ha sido así, esa ha sido la costumbre, a la gente le gusta ir donde saben de hierbas porque piensan que je han hecho mal o los molesta el duende, liwa mairin, isigni o patas. Donde los soñadores van para que les diga si le han hecho mal o es enfermedad natural o enfermedad por los espíritus porque ahora hay muchos pusinkira”⁸⁸ “(gente que hace hechizo)

En muchos casos las personas buscan a los médicos tradicionales para que hagan el diagnóstico: *...” primero van con el curandero, otros primero van con el que sueña y adivina si le han hecho mal la gente porque hay muchos upla Akira nan- mucha gente que mata- , entonces ellos les dicen si la enfermedad es del doctor o de los curanderos...” enfermedades como isigni, puisin”*

Las mujeres tienen confianza en las parteras para que les presten atención durante el embarazo, pero también cuando están afectados por enfermedades causados por el espíritu del Liwa, porque consideran conocen de esas enfermedades y atienden bien.

“las embarazadas van donde la partera porque a veces la gente lo amarra o a veces por el liwa y muchas va a los dos lados, donde la enfermera y donde la partera”⁸⁹



86 Entrevista a joven mujer Miskitu de 18 años del Municipio de Puerto Cabezas, RAAN. Realizado por MM.
87 Entrevista a adolescente Miskitu varón de 16 años de comunidad rural del Municipio de Puerto Cabezas. Realizado por MM.
88 Entrevista a joven varón Miskitu de 18 años de comunidad rural del Municipio de Waspam. RAAN. Realizado por PB.
89 Entrevista a adolescente mujer de 18 años, Miskitu del Municipio de Puerto Cabezas. RAAN. Realizado por MM.

4. Conclusiones

1. El tema de SSR continua siendo un tema tabú en las comunidades indígenas Miskitus. Esta vigente en las relaciones sociales y culturales en las comunidades, pero no se le menciona, por lo tanto, se espera que adolescentes y jóvenes respondan a los valores comunitarios sobre el tema, a partir de lo que entienden por factores y valores característicos de la identidad étnica, mas que por los conocimientos y habilidades explícitamente transmitidos.
2. La adolescencia como tal, no existe. Las y los niños transitan prácticamente de la niñez a la juventud, que culturalmente es una fase de transición hacia la adultez. Los principales cambios que se identifican están interrelacionados y son: a) físicos: referidos a cambio de voz, en el cuerpo, la presencia de la menstruación en las mujeres; b) de comportamiento; y, c) vivencia de la sexualidad.
3. Los cambios que experimentan los adolescentes en esa etapa no son comprendidos, sin embargo, la familia y la comunidad, espera de ellos un compromiso vinculado al trabajo, los estudios, los aportes sociales comunitarios y comportamiento aceptable.
4. La sexualidad es vivida de forma diferente para mujeres y hombres. Los varones tienen permiso social para hacer todo lo que quieran, siempre y cuando no embaracen a una joven. La joven es vigilada por su madre, familiares, comunidad quienes protegen su sexualidad, de forma que solo puede vivirla, con quienes ellos decidan y cuando lo decidan.
5. La edad de inicio de esos cambios oscila entre los 10 a 15 años, independientemente de la ubicación geográfica, sea rural o urbana. No hay evidencias de ceremonias o rituales indígenas. La celebración de los 15 años nada tiene que ver con la vivencia real.
6. Las y los adolescentes y jóvenes enfrentan una serie de factores de riesgo que se expresan en problemas emocionales por problemas de afecto de los padres, familias desintegradas, por ser hijos de madres solteras e ITS. A lo anterior se suma el incremento del tráfico de drogas y el alcoholismo.
7. La percepción que prevalece es que los hombres son los que tienen el poder. A mujeres adultas les corresponde aconsejar a los hijos/as, vigilar a las hijas y obedecer lo que deciden los hombres. Las mujeres son controladas por los padres, madres, abuelos/as.
8. Esta diferenciación entre mujeres y hombres se aplica de igual manera en cuanto a la expresión y practica de la sexualidad, por lo tanto, para el hombre todo es permitido, en cambio, para la mujer se trata de algo privado, que no debe manifestarse.
9. Los hombres tienen como obligación trabajar para buscar el alimento para la familia. A ellos les corresponde mantener a su familia, que se extiende a los parientes de la esposa / compañera.



10. Esa distribución de obligaciones acarrea problemas para las mujeres que no tienen marido, puesto que en ese caso ellas tienen que buscar el dinero para mantener a la familia.
11. A pesar de que hay cambios en cuanto a la participación de las mujeres en la economía del hogar, las relaciones de poder no han cambiado.
12. Hay un alto grado de violencia física especialmente expresado a través de golpes principalmente a mujeres y niños, combinado con abusos sexuales, violaciones, incesto; agudizado por el consumo de alcohol y drogas en las comunidades.
13. Una tendencia que se observa en los casos de incesto y violencia dentro del hogar es que se tratan de problemas familiares, internos. Para el caso de las adolescentes, niñas y jóvenes mujeres, hay una tendencia a desmentir las denuncias por parte de las madres y familiares.
14. Los casos de violencia en los hogares y en las comunidades indígenas Miskitus, incluyendo las violaciones sexuales son atendidos por las autoridades tradicionales compuestas por el/ la Wihta, Sindico, Concejo de Ancianos, Policías Voluntarios. Algunas veces participan en la toma de decisiones los pastores de las iglesias.
15. En los casos de violaciones se aplica también la justicia comunitaria, que consiste en un proceso de mediación entre las dos familias y generalmente lo que se aplica es el tala Mana, con lo cual el hombre o su familia paga por el honor de la muchacha y su familia desde unas vacas hasta dinero en efectivo.
16. Cuando los casos no tienen arreglo en el seno de la comunidad se trasladan a la policía y al sistema de administración de justicia del Estado.
17. Hay una intersección entre las formas de violencia con otras formas de discriminación que sufren adolescentes y jóvenes indígenas y afro descendientes. No hay expresiones discriminatorias por origen étnico cuando pertenecen al mismo pueblo o comunidad étnica. Sin embargo cuando salen a las cabeceras municipales y regionales, enfrentan discriminaciones por estratificación social, identidad étnica, por ser madres solteras, por opción sexual, otros.
18. La edad de inicio de las relaciones sexuales de acuerdo con los resultados del estudio es entre 10 y 15 años. El noviazgo consiste en pasear, tomar refrescos e inmediatamente hay relaciones sexuales. Algunos consideran que el noviazgo como tal ya no existe, prácticamente después de conocerse inician las relaciones sexuales.
19. La primera relación sexual de la joven es con novios/as, primos/as y amigos/as de la misma edad. En el caso de los varones se mencionan prostitutas y para el caso de las muchachas, se menciona en muchos casos que la primera relación ha sido producto de un abuso o violación por padrastros, tíos, padres, familiares y novios.

20. En algunos casos la primera relación es producto de un sika- un hechizo o embrujo, y las muchachas se van con hombres mayores que les ofrecen cosas, que les dan dinero a ellas o a sus padres.
21. Las relaciones sexuales se hacen a escondidas y en el caso de las muchachas no cuentan con la aprobación de las familias. Las y los jóvenes en general escuchan por primera vez sobre las relaciones sexuales de amigos/as de su misma edad, aunque en algunos casos indican que fue a través de medios de comunicación como la radio emisora o alguna conversación entre adultos
22. Las mujeres piensan en casarse después de la primera relación, en cambio, los varones lo perciben como una forma de diversión, entretenimiento y ejercicio de su masculinidad.
23. No es frecuente oficializar la relación de las parejas y antes de formalizar parejas, tanto las mujeres como los hombres, tienen muchas relaciones, aunque es mas entre los varones.
24. Sobre las relaciones sexuales interétnicas en general hay desconocimiento sobre las diferencias y en general reproducen prejuicios y estereotipos etnocéntricos.
25. En la RAAN y la RAAS las y los adolescentes y jóvenes indígenas y afro descendientes, si bien tienen un buen grado de conocimiento sobre los riesgos, no se han apropiado de las medidas de protección.
26. El condón sirve para prevenir el embarazo y protegerse de ITS, sin embargo su uso esta asociado mas con la prevención del embarazo, y es el hombre el que decide usarlo o no, dependiendo de su decisión de tener mas hijos. Ni las personas con VIH/SIDA utilizan el condón.
27. Los jóvenes varones expresan algunas razones para no usar el condón, como el olor, el aceite les da asco y especialmente porque no sienten igual.
28. El control social comunitario, los valores sobre sexualidad compartidos en las familias, el liderazgo comunitario y las autoridades religiosas incide de forma mas determinante en el no uso del condón.
29. Los adultos no hablan sobre el tema de sexo con los adolescentes y jóvenes. Ni los lideres ni los pastores de las iglesias recomiendan el uso del condón, y mas bien las diferentes Iglesias utilizan el miedo para desmotivar su uso, recurriendo a la expulsión de las actividades religiosas comunitarias a los jóvenes que saben que los usan.



30. Los religiosos le dicen a las comunidades que el uso del condón es pecado, que usarlo significa desobedecer a Dios, quien les puede castigar. Se reportan sin embargo, algunos casos en los cuales las autoridades religiosas recomiendan el uso del condón, les dicen que los necesitan para cuidar su salud, y en otros casos les dicen que practiquen la abstinencia o anden solo con una pareja.
31. Las y los adolescentes y jóvenes tienen más bien temor que sus familiares y el resto de las personas en las comunidades se den cuenta que están usando condones, especialmente si las familias son cristianas, porque significa que pierden las posibilidades de participar en los espacios sociales comunitarios: los grupos de jóvenes, los coros de las Iglesias, las conferencias e incluso la misa dominical.
32. En la medida en que las comunidades se alejan más de los centros urbanos, se hacen más inaccesibles los condones.
33. Solamente los varones tienen permiso (socio-cultural) para adquirir condones en los centros urbanos, no así en las comunidades. Las mujeres adolescentes y jóvenes, que buscan condones son consideradas prostitutas y son criticadas por todos, incluso por el personal de salud.
34. Las mujeres son culpabilizadas por no cuidarse y quedar embarazadas y también por ser las portadoras de las ITS.
35. La tendencia en las Regiones Autónomas entre las y los adolescentes y jóvenes indígenas y afro descendientes, ni es evitar embarazos, ni las enfermedades de transmisión sexual. Las relaciones sexuales no son protegidas.
36. Los factores de riesgo son:
- Las y los adolescentes y jóvenes tienen múltiples parejas de forma simultánea, e incluso hay hombres que tienen sexo con mujeres y hombres simultáneamente;
 - hay prostitución abierta y solapada, tanto en los centros urbanos como en las comunidades;
 - En la negociación durante las relaciones sexuales, las mujeres adolescentes y jóvenes plantean que a veces piden el condón, porque no quieren salir embarazadas, sin embargo, siempre ceden ante los chantajes de los varones. Se percibe que sucede igual en las parejas del mismo sexo;
 - alta movilidad de adolescentes, jóvenes y adultos, mujeres y hombres, salen de las comunidades a diversos destinos en búsqueda de trabajo a Estados Unidos, Bluefields, Corn Island, Honduras, Managua. Además llegan muchos colonos;
 - el consumo de alcohol drogas – marihuana, cocaína, crack, usan jeringas y se ve más en varones que en mujeres.



37. Las personas más vulnerables por el problema de sexo no protegido, fueron:
- c) las amas de casa por no protegerse y confiar en sus esposos,
 - d) las y los jóvenes, por no preocuparse de los riesgos.
38. No hay confianza de los jóvenes en los adultos. Las madres y padres tienen muchas cosas que desaprender sobre SSR para orientar a sus hijos/as, porque tienen muchos prejuicios que les impide ver las cosas como son.
39. Las instancias que pueden influir son las organizaciones de jóvenes, los grupos de mujeres organizadas, las autoridades tradicionales y religiosas.
40. El grado de conocimiento sobre VIH/Sida entre las y los adolescentes y jóvenes indígenas y afro descendientes en las Regiones Autónomas es bastante bueno, especialmente aquellos que viven en las cabeceras regionales y municipales.
41. Los jóvenes saben más sobre VIH/Sida que los adultos. También los grupos organizados de homosexuales tienen más conocimientos sobre el tema.
42. En las comunidades las personas con Sida son diagnosticadas como una enfermedad indígena bastante mortal, DUS LAWAN o PUISIN o HECHIZO
43. La actitud de las personas que viven con VIH/Sida varía de acuerdo con el diagnóstico que más acepta. Sin embargo, si aceptan padecer la enfermedad son discriminados en las comunidades y barrios.
44. Las barreras para el uso de los servicios de salud son:
- a) las y los adolescentes y jóvenes se sienten discriminados en las unidades de salud. El personal de salud asume el rol de controladores socio culturales comunitarios en el tema de sexualidad.
 - b) Vergüenza por haber violado los códigos sociales comunitarios y el miedo a que la comunidad se de cuenta y los sancione por ello.
 - c) falta de información sobre la disponibilidad del servicio
 - d) adolescentes y jóvenes no están organizados.
 - e) ausencia de servicios específicos de SSR en las comunidades aisladas.
45. En las cabeceras regionales las y los adolescentes y jóvenes se sienten satisfechos con los servicios de SSR. Y los factores facilitadores son la confianza en el personal por atenderlos con privacidad, en su propio idioma, con eficiencia y de forma eficaz.
46. La población de las Regiones Autónomas utiliza de forma simultánea la oferta de servicios de salud públicos, privados y tradicionales, basados en la visión que tienen sobre salud y la confianza.



5. Recomendaciones

Desarrollo de conocimientos y capacidades sobre VIH/ Sida

1. Continuar capacitando a adolescentes, jóvenes y adultos, líderes comunitarios, padres y madres de familia, autoridades religiosas sobre el tema.
2. Incluir el tema en el nivel de educación primaria en las escuelas y servicios de las iglesias.

Coordinación con autoridades tradicionales comunitarias y religiosas

3. Coordinar el trabajo con las autoridades religiosas de las distintas iglesias.
4. Involucrar a las y los médicos tradicionales y parteras en el trabajo de comunicación, educación, prevención de VIH y tratamiento de Sida.

Potenciar los programas de divulgación sobre el tema

5. Promover programas de comunicación, priorizando programas radiales y televisivos, videos, involucrando a las y los maestros en las escuelas, hacer obras de teatro y otras formas tradicionales de comunicación.

Ampliar la cobertura de servicios de SSR hacia las comunidades y consolidar las existentes

1. Revisar el funcionamiento de las Unidades de Salud y los programas de SSR para considerar los aspectos de privacidad, tipo de personal abastecimiento de medicamentos, coordinar consejería con autoridades tradicionales, atención a las/los enfermos/as, tener condiciones para exámenes y captación en las comunidades. Lo anterior deberá hacerse en el marco de la implementación del MASIRAAN.
2. Continuar promoviendo la ampliación de cobertura de los servicios de salud hacia el área rural.

Apoyar las organizaciones de jóvenes y adolescentes

3. Coordinar con organizaciones de jóvenes y alcaldías municipales los programas de atención a adolescentes y jóvenes.
4. Fortalecer la capacidad organizativa y de gestión de los grupos de autoayuda y trabajar con las familias de los portadores/as y enfermos /as.



Información General de Historias de Vida

| Procedencia | No. |
|--------------------|-------|
| Urbano | 6 |
| Rural | 6 |
| | |
| Sexo | |
| M | 4 |
| F | 8 |
| | |
| Orientación Sexual | |
| Heterosexual | 10 |
| Homosexual | 2 |
| | |
| Edad | 16-25 |

| Escolaridad | |
|-------------|----|
| Primaria | 4 |
| Secundaria | 8 |
| | |
| Etnia | |
| Miskito | 12 |
| Kriol | |
| | |
| Religión | |
| Morava | 6 |
| Adventista | 2 |
| Católica | 2 |
| Evangélica | 2 |

Información General de Entrevistas a Profundidad

| Procedencia | No. |
|--------------------|-----|
| Urbano | 20 |
| Rural | 15 |
| | |
| Sexo | |
| M | 14 |
| F | 21 |
| | |
| Orientación Sexual | |
| Heterosexual | 35 |
| Homosexual | |

| Edad | 14-23 |
|-------------|-------|
| | |
| Escolaridad | |
| Primaria | 10 |
| Secundaria | 25 |
| | |
| Etnia | |
| Miskito | 26 |
| Kriol | 9 |
| | |
| Religión | |
| Morava | 15 |
| Adventista | 3 |
| Católica | 12 |
| Evangélica | 5 |



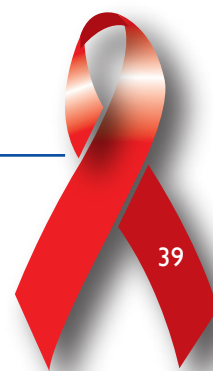
Siglas utilizadas

| | |
|-----------------|---|
| MASIRAAN | Modelo de Atención de Salud Intercultural de la RAAN |
| MASIRAAS | Modelo de Atención de Salud Intercultural de da RAAS |
| CRAAN | Consejo Regional Autónomo de la RAAN |
| CRAAS | Consejo Regional Autónomo de la RAAS |
| URACCAN | Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense |
| CEDEHCA | Centro de Derechos Humanos de la Costa Atlántica |
| CAINCA | Centro de Atención a la Mujer Indígena de la Costa Atlántica |
| AMICA | Asociación de Mujeres Indígenas de la Costa Atlántica |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidad |
| IEEPP | Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Publicas |



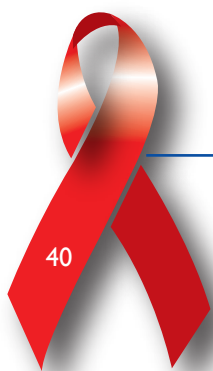
Bibliografía

1. Asamblea Nacional de Nicaragua.
 - Ley No. 28. Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua y su Reglamento
 - Ley General de la Salud. Managua, Nicaragua; 2003.
 - Constitución Política de Nicaragua. 1995
2. Cox, Avelino (1998) Cosmovisión de los Pueblos de Tulu Walpa, según relato de los sabios ancianos miskitos. URACCAN. 1998.
3. URACCAN. IMTRADEC. MECD. MINSA. GVC. UNION EUROPEA. 2003 Conociendo nuestro cuerpo y nuestra sexualidad. Wan wina aiska, baku sim wan paskanka. Waitna bara mairin ba tanka kakaira takaia. Educación en salud
4. CRAAN.
 - a. Modelo de salud de la RAAN-.1997
 - b. Plan Estratégico de Desarrollo Regional. Noviembre, del 2004.
 - c. Impacto de la reforma y evaluación de la implantación de un modelo de salud en la RAAN en el contexto de la autonomía. Consulta hecha por la Comisión de Salud del CRA-RAAN. 2000.
5. Consejo Regional Autónomo. IMTRADEC-URACCAN.
 - III Sesión del Consejo Regional de Salud, Bilwi, RAAN.1999.
 - Memoria de la segunda sesión del Consejo Regional de Salud. Bilwi, RAAN. 28 de abril 1998.
 - Consulta sobre el Modelo de Salud en el Río Coco.1997.
6. Consejo Regional Autónomo Atlántico Norte- CRAAN.
7. Primera Sesión del Consejo Regional de salud. Bilwi, RAAN. 1997.
8. Acta de entrega de la Comisión de salud del Consejo Regional Autónomo RAAN. Bilwi. Junio 1996-abril 1998.
9. Propuestas sobre instrumentos del sistema de información comunitaria en la RAAN.
10. Dixon B. y Torres M.O. (2008) Diagnostico de genero en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua. Banco Mundial. Banco Interamericano de Desarrollo- BID.
11. Fagot, A.R. y Col.; La cosmovisión miskita. TININISKA, Puerto cabezas, RAAN, 1999.

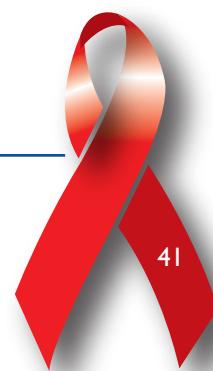


12. IMTRADEC-URACCAN:

- Informe de talleres de consulta y validación del modelo de salud de la RAAN, 1997.
 - Memoria de actividades realizadas en salud al día Mundial de salud, en el predio de la Iglesia Morava creolle de Bilwi. Bilwi, RAAN, 15 de agosto 1999.
 - Memoria de Primera reunión realizada con los consultores de la OPS en Managua con la Comisión de salud del CRA. Managua, 11 de agosto 1999.
 - Informe de Casos de Grisi Siknis en Wawa y Escuela Normal Luxemburgo en Bilwi, Puerto Cabezas, RAAN. 2000.
 - Informe de evaluación del Proyecto No.1751-00/95. CEPS.1998.
 - Practicas de atención y tratamiento del Grisi Siknis utilizadas por los médicos tradicionales en los Municipios de Waspam y Puerto Cabezas. Diciembre, 2006.
13. OPS. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Abya- Yala Kunarinakui.
14. Coordinadora de ONG'S de salud reproductiva- RAAN. La salud reproductiva en la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua. Bilwi, RAAN. Abril, 1996.
15. Coordinadora de la sociedad civil de Bilwi. Memoria- Foro debate: Uniendo nuestros esfuerzos ante el VIH-SIDA. Bilwi, RAAN. 8 de agosto, 2001.
16. Pérez Ch., Isabel M. 2002 Espíritus de Vida y de Muerte: Los Miskitu Hondureños en Época de Guerra. Guaymuras, Tegucigalpa.
17. Pérez Chiriboga, 2002. Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de antropología medica entre los Miskitu. Banco Interamericano de Desarrollo. Honduras. Junio de 2002.
18. Tininiska Recopilación Años 95-99
19. Hobson Herlihy, L.; Indigenous masculinities in the global lobster economy. University of Kansas. Southern Anthropologist. Vol. 31. 2005.
20. Sexual magic and Money: Miskitu Women's strategies in Northern Honduras. 2006.
21. Miskitu Identity in the Río Plátano Biosphere Reserve Honduras. Indigenous Nations Studies Journal. Vol3 No. 2, Fall 2002.



22. Talavera, Ivania (2001) Conocimientos, actitudes, creencias y practicas de las parteras sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres del Río Coco.
23. (2002) Conclusiones del trabajo de tesis de CACP de salud sexual y reproductiva.
24. Cunningham, M.,
 - La autonomía regional multiétnica costeña de Autonomía Étnicas y Estados Nacionales. CONACULTA-INAH; México; 1998.
 - Medicina Tradicional en comunidades miskitas del Río Coco. Fundación Wangki Luhpia. Waspam.1994.
 - El cólera llevo al Wangki. Fundación Wangki Luhpia 1994.
 - El Desarrollo de la Autonomía. Conferencia dictada en URACCAN, Bilwi, RAAN.1996.
 - Etnia, Cultura y Salud. OPS, 2001
 - Mitos y Creencias sobre SSR entre pueblos indígenas y comunidades étnicas en las Regiones Autónomas (2004).
 - Estudio dimensión comunitaria y desnutrición infantil. Estudio de casos de comunidades indígenas y afro descendientes en Centroamérica. BID. 2007.
25. Cunningham y col. 2002. Sueños, espiritualidad y medicina tradicional. Salud miskitu, creole y garifunas e la Costa Caribe de Nicaragua.
26. Cunningham, M. 2003. Mitos y creencias sobre salud sexual y reproductiva entre los pueblos indígenas y comunidades étnicas en la RAAN. UNFPA. (Manuscrito)
27. Cunningham, M. 2009.
28. La experiencia de Nicaragua. En Alfabetización y multiculturalidad. Miradas desde America Latina. Luis Enrique López y Ulrike Hanemann. (Editores) UNESCO. UIL. GTZ. Guatemala, 2009
29. Dixon y Gómez. 2003. Genero desde la visión de las mujeres indígenas. Documento final de la Primera Cumbre de Mujeres Indígenas celebrado en Oaxaca, México en diciembre del 2001. CEIMM- URACCAN.
30. FISE 2003). Caracterización del Municipio de Prinzapolka.
31. Wedel, Johan Bridging the gap between western and indigenous medicine in Eastern Nicaragua. ANTHROPOLOGICAL NOTEBOOKS 15 (1): 49–64.



32. ISSN 1408-032X © Slovene Anthropological Society 2009
33. Republica de Nicaragua- INIDE. MINSA. Encuesta Nicaragüense de demografía y salud 2006/07. Informe final. Junio 2008. <http://www.inide.gob.ni/endesa/InformeFinal07.pdf>
34. INIDE. Compendio de estadísticas vitales. 2004-2006. http://www.inide.gob.ni/bibliovirtual/Publicacion09/Comp_Vitales.pdf
35. Guttmacher Institute. 2006. Early childbearing in Nicaragua. A continuing Challenger. In brief 200 series, No. 3. September 2006.
36. INIDE. <http://www.inide.gob.ni/bibliovirtual/Publicacion09/IndiceBien.pdf>;
37. IEEPP. UNICEF. Diagnostico sobre los servicios de salud infantil en Nicaragua. 2005-2009.

