

**Situación del Personal
de las Casas Maternas para la
detección y atención de mujeres y
adolescentes víctimas de
violencia sexual**



*Red de Casas
Maternas*



Autoras:

María Esther Quintana
Marjorie Chica Larios

Revisión:

Argentina Espinoza
Karen Padilla Zúniga
Marta María Blandón

Fotografías:

Benjamin Porter

Diagramación y Diseño:

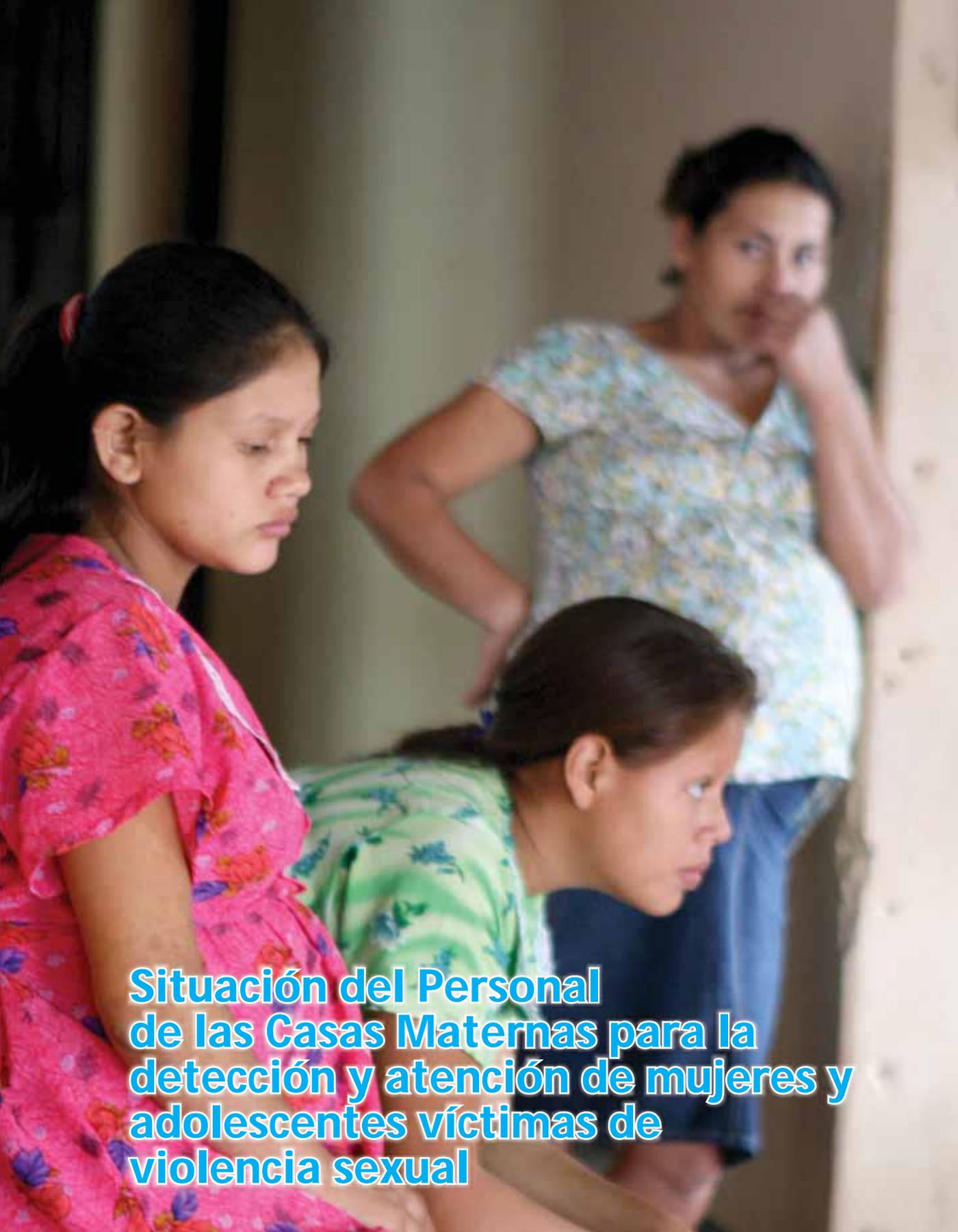
Marcelino Guzmán

Correspondencia:

Ipas Centroamérica
Managua, Nicaragua. Apartado Postal # 1833
informacion@ipas.org
www.ipas.org

Cita sugerida: Quintana Ma Esther, Chica Marjorie, 2012.
Situación del Personal de las Casas Maternas para la detección y atención de mujeres y adolescentes víctimas de violencia sexual. Managua, Ipas Centroamérica.

“Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Real Embajada de Países Bajos, la Fundación Ford y todas las mujeres que apoyan los servicios brindados en Casas Maternas, quienes compartieron sus experiencias, angustias y necesidades en su labor de acompañar a mujeres, adolescentes y niñas con embarazos de alto riesgo en sus comunidades”.



**Situación del Personal
de las Casas Maternas para la
detección y atención de mujeres y
adolescentes víctimas de
violencia sexual**



*Red de Casas
Maternas*



INDICE

PRESENTACION	1
I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO	3
a. Las Casas Maternas, su origen y naturaleza	3
b. Contexto geográfico del diagnóstico	6
II. JUSTIFICACION	7
III. OBJETIVOS DEL DIAGNOSTICO	11
IV. METODOLOGIA	11
V. RESULTADOS	15
Parte I: Las Cuidadoras	15
Datos sociodemográficos	15
Las cuidadoras y sus historias de vidas	16
Lo que piensan y sienten las cuidadoras sobre la violencia y los embarazos tempranos	20
Conocimiento y capacidad para el abordaje de la violencia sexual	26
Sobre las condiciones de las Casas Maternas	29
Necesidades de apoyo	34
Parte II: Adolescentes usuarias de las Casas Maternas	36
Estadísticas de adolescentes embarazadas en siete Casas Maternas	36
Los testimonios de cinco adolescentes	36
VI. CONCLUSIONES	43
ANEXOS	49

PRESENTACION

Las Casas Maternas en Nicaragua se han convertido en una importante estrategia para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, particularmente en las zonas más empobrecidas del país donde las mujeres tienen mayores limitaciones para el acceso a servicios de salud y educación. Las Casas Maternas son reconocidas como un eslabón entre la comunidad y los servicios de salud para la atención de mujeres con alto riesgo obstétrico, entre las cuales un elevado porcentaje lo constituyen adolescentes con embarazos forzados a consecuencia de violación.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la situación de las usuarias y particularmente de las adolescentes embarazadas que pasan por las Casas Maternas, plantea la necesidad de analizar las posibilidades estructurales y humanas para la debida atención, de conformidad con políticas y normativas institucionales, pero sobre todo, conforme a las necesidades y características propias de las usuarias; de manera que se pueda aprovechar su estadía para la identificación de antecedentes de violencia, para el apoyo en la denuncia y para influir en su salud sexual y reproductiva.

Durante los últimos años, con apoyo de diferentes organizaciones, en las Casas Maternas se han realizado algunas acciones para la detección de la violencia, tales como el Manual de Atención a la Violencia contra las Mujeres y Guía de Atención diferenciada a Adolescentes, Ficha de detección y documentación de la violencia sexual; asimismo se han realizado talleres de sensibilización a la Red Comunitaria, incluyendo personal de las Casas Maternas; no obstante, aún no se logra la implementación real de los instrumentos y protocolos de atención.

Se trata de luchar contra la naturalización de la violencia, un desafío que las Casas Maternas institucionalmente están dispuestas a asumir y que ha dado lugar a una mirada interna sobre la situación de sus protagonistas, mujeres con un gran compromiso humano que realizan un trabajo voluntario para cuidar a sus semejantes, mujeres con historias propias del ambiente que les ha tocado vivir, que requieren liberar cargas para su bienestar y poder así, apoyar mejor a las víctimas de violencia.

Ipas* ha trabajado durante los últimos dos años apoyando a las Casas Maternas en la detección y atención de adolescentes con embarazos impuestos por violencia sexual; proceso que ha dado lugar al presente diagnóstico realizado en las diez Casas Maternas ubicadas en el departamento de Jinotega, Nicaragua. Esperamos que los resultados sean útiles para el diseño de estrategias de fortalecimiento de capacidades del personal de las Casas Maternas para la prevención y atención de las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual.

Agradecemos a Francisca (Panchita) Espinoza, Coordinadora Nacional de la Red de Casas Maternas, su apoyo para la realización de este diagnóstico y de manera especial, a todas las mujeres que trabajan en las Casas Maternas, cuidando a otras mujeres con un enorme compromiso por la salud reproductiva y con la disposición de apoyar mejor a sus congéneres en el ejercicio de sus derechos. Gracias por compartir sus historias de vida y sus perspectivas, lo cual contribuye a una mirada crítica sobre las causas y consecuencias de la violencia sexual en adolescentes.

*organización internacional que trabaja para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, incluyendo el acceso a información y servicios relacionados con la salud reproductiva, especialmente para eliminar las causas del aborto inseguro, así como las muertes y lesiones causadas por éste.



I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

Las Casas Maternas, su origen y naturaleza

Como una alternativa para reducir las altas tasas de mortalidad materna entre las mujeres de las zonas rurales más alejadas, surge en Nicaragua la estrategia de Casas Maternas, las que funcionan como albergues temporales donde las mujeres con embarazos de alto riesgo son atendidas mientras llega el momento del parto y luego de éste, para la recuperación antes de retornar a sus comunidades.

En 2010, en Nicaragua se registraron 103 muertes de mujeres ocurridas durante el embarazo, parto o puerperio. El análisis de las causas de dichas muertes indica que 12 fueron no obstétricas (por causas accidentales o incidentales), 59 por causas obstétricas directas y 32 por causas obstétricas indirectas; lo que representa una razón de mortalidad materna preliminar de 71.5. En seis de los diecisiete SILAIS (Jinotega, Matagalpa, Chinandega, León, RAAN y RAAS) se concentra el 65 por ciento de defunciones obstétricas para una razón de mortalidad materna en los seis SILAIS de 110.4 por cada 100,000 nacidos vivos registrados en

esos mismos SILAIS, lo que contrasta con los otros once SILAIS que exhiben en conjunto una razón de mortalidad materna de 43.7¹.

La Red Nacional de Casas Maternas está conformada por 95 Casas Maternas, distribuidas en doce departamentos y en las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur.²

Las Casas Maternas en Nicaragua se remontan a 1987, cuando se creó la primera gracias a la Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE). Sin embargo, su existencia oficial se documenta a partir de marzo del año 2000, cuando el Ministerio de Salud dictó tres resoluciones mediante las cuales se crea el Comité Técnico de Atención Primaria responsable de garantizar la implantación de la estrategia de Casas Maternas (MINSa, 2000). Asimismo, se promueven los convenios de gestión entre el representante del Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) y la entidad civil u Organización No Gubernamental (ONG) local, y se institucionaliza la relación formal del MINSa con los proveedores privados sin fines de lucro, responsables de la administración de las Casas Maternas (CAM). En ese mismo año se publica el reglamento básico para su organización y funcionamiento, el cual ratifica su carácter de asociación público-privada (MINSa, 2005b).

Fuente: Las Casas maternas en Nicaragua. Cuaderno No.5 Serie Cuadernos de género para Nicaragua. Cortez R; García A; Kok H; Largaespada C. Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Junio 2008. Managua Nicaragua. (Página 8)

La mayoría de las Casas Maternas operan bajo gestión comunitaria, proporcionando albergue, alimentación, actividades recreativas, charlas sobre salud sexual y reproductiva, a la vez que funcionan como un puente de comunicación entre las comunidades y los servicios de salud.

De acuerdo con lo establecido en el Manual Operativo de las Casas Maternas³, en dependencia de su ubicación, las Casas Maternas se clasifican de la siguiente forma:

- 1. CAM departamental:** Ubicadas en las cabeceras departamentales y que tienen como unidad de referencia a unidades de segundo nivel de atención (Hospitales departamentales). En esta clasificación está la Casa Materna Cihuatlampa ubicada en Jinotega.
- 2. CAM Municipales:** Ubicadas en las cabeceras municipales, tienen como centro de referencia una unidad de primer nivel de atención (Centros de Salud

1 Informe de Gestión Institucional 2010, Ministerio de Salud, abril 2011.

2 Casas Maternas 2012. Estadísticas Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni> Consultado el 11 de abril de 2013.

3 Reglamento Básico para la organización y funcionamiento de las Casas Maternas. Dirección General de Servicios de Salud. Ministerio de Salud. Julio 2012 (documento en revisión).



con camas, sin camas, u hospitales primarios). Dentro de esta clasificación están las Casas Maternas de: Wiwilí, San Sebastián de Yalí; La Concordia; El Cuá, San José de Bocay; Santa María de Pantasma y la recién construida ubicada en San Rafael del Norte.

3. **CAM Comunitarias:** ubicadas en comunidades rurales donde tienen como unidad de referencia un Puesto de Salud y sectores, como es el caso de las Casas Maternas de las comunidades de Wamblán y Ayapal.

De las diez Casas Maternas de Jinotega, la casa departamental es la que cuenta con mayor número de personas. Además de la coordinadora, administradora y dos cuidadoras, se cuenta de forma permanente con médica y enfermera asignada por el Ministerio de Salud.

En la mayoría de las Casas Maternas hay una cuidadora de turno y una coordinadora, ambas son personal comunitario no remunerado. Las cuidadoras reciben una ayuda económica simbólica equivalente a US\$45.00 dólares al mes, fondos aportados por la Red de Casas Maternas, por la vía de autogestión.

Las coordinadoras son las responsables de representar a la Casa Materna ante las autoridades locales, sirven como enlace entre la Red de Casas Maternas, el Ministerio de Salud y la Alcaldía. Ellas tienen la función de administrar los recursos, orientar el trabajo de las cuidadoras, asistir a reuniones y capacitaciones que convoca la Red de Casas Maternas y el Ministerio de Salud, y son las que en representación de las Casas Maternas participan en los espacios de concertación y coordinación municipal en temas relacionados con el quehacer de las casas. A demanda de las cuidadoras, las coordinadoras realizan gestiones para conseguir apoyo para solventar las necesidades de las casas. Todas estas tareas son realizadas por las coordinadoras de forma completamente voluntaria, sin percibir ningún tipo de remuneración económica.

El seguimiento médico a las embarazadas albergadas en la Casa Materna lo realiza personal del Ministerio de Salud (enfermera y/o médico), que llega diariamente a realizar el chequeo a las mujeres y adolescentes albergadas en las casas. Además las cuidadoras cuando es necesario se encargan de comunicarse con la unidad de salud para el traslado de la mujer o trasladarla directamente en caso que requiera ser atendida de emergencia.

En el nivel comunitario existe una amplia red de voluntariado social en salud, integrada por brigadistas de salud, parteras, promotores y colaboradores voluntarios. Estas personas realizan labor de promoción de las Casas Maternas, detectando a las embarazadas en la comunidad y refiriéndolas a la Casa Materna 15 días antes de la fecha de parto.



En el año 2009 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) reconoció el trabajo de las Casas Maternas, otorgando a esta iniciativa el Premio Internacional por la Salud y la Dignidad de la Mujer en la persona de la coordinadora de la Red de Casas Maternas.

Dos años más tarde, la estrategia de Casas Maternas recibió el premio “*Las Américas 2011*” otorgado por el Centro Internacional de Formación de Autoridades y Líderes (Cifal), de Naciones Unidas. El Galardón entregado cumplió con los tres criterios de evaluación:

- Alcanzar altos niveles de excelencia en el desempeño y la mejora,
- Demostrar excelencia en innovación, y
- Mantener los más altos estándares éticos.

Contexto geográfico del diagnóstico

Este diagnóstico se llevó a cabo entre octubre y diciembre 2012; se realizó en diez Casas Maternas ubicadas en ocho cabeceras municipales y dos poblados del Departamento de Jinotega, uno de los territorios del país con elevados índices de pobreza, determinada entre otros factores por la alta ruralidad: 78.4% de la población viviendo en las zonas rurales, indicador muy por encima del promedio nacional que es del 44%⁴.

Jinotega, es además uno de los territorios con menor densidad poblacional: 35.9 habitantes por Km², debajo del promedio nacional. Los centros poblados están muy dispersos entre sí y son de difícil acceso geográfico.

Según el mapa de pobreza, Jinotega es, después de las Regiones Autónomas del Caribe, el tercer departamento más pobre del país, catalogado en pobreza severa con una incidencia de 59.3% de hogares en pobreza extrema⁵.

La razón de mortalidad materna en Jinotega para el año 2010 fue de 145.3 por 100,000 nacidos vivos registrados, muy por encima del promedio nacional que fue de 71.9⁶. Asimismo, en el mismo año, este departamento presentó una alta tasa de fecundidad en adolescentes, por el orden de 128.1 por encima del promedio del país que es de 99.9⁷.

4 Fuente. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (Inide). Mapas de Pobreza según el método de NBI, construido a partir de los datos del último Censo de Población y Viviendas (2005). http://www.inide.gob.ni/censos2005/CifrasMun/tablas_cifras.htm

5 Ídem

6 Informe de Gestión Institucional, Ministerio de Salud, abril 2011

7 Ídem



II. JUSTIFICACION

Se considera que la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años, que la violación e incesto ocurre entre el 7 y 34% de las niñas y, que cada 5 minutos se produce un suicidio de adolescentes por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva⁸.

En Nicaragua, el embarazo precoz comenzó a visibilizarse como un problema de salud pública hace varias décadas. Diversos diagnósticos ubican a este país entre los primeros lugares en incidencia de embarazos tempranos en la región de América Latina, no obstante, la mayor parte de la bibliografía, centra el análisis en los llamados “embarazos adolescentes” circunscribiéndose generalmente al grupo de edad de 15 a 19 años.

Según estadísticas oficiales del Ministerio de Salud de Nicaragua, el 27.5% de los nacimientos ocurridos en el 2010 fueron de madres adolescentes, grupo al que correspondió el 22% de

8 Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en ALC, FLASOG 2011



las muertes maternas en ese mismo año⁹. La proporción de embarazos en adolescentes se eleva al 30% en las zonas rurales, según estimaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Según datos publicados por el observatorio de derechos de la niñez¹⁰ en el año 2011 el 26.3% de los embarazos fueron de adolescentes entre 15 y 19 años y el porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas lo presentó Jinotega con un 38%, seguido de la Costa Caribe con un 30%.

En los años recientes, los medios de comunicación comenzaron a hacer eco de la alarma social que significa la alta frecuencia de niñas embarazadas de 9 a 14 años, que según datos estadísticos oficiales, están acudiendo a las unidades del Ministerio de Salud.

Las niñas y adolescentes constituyen la mayoría de las víctimas de violencia sexual. Según estadísticas del Instituto de Medicina Legal, entre 2009 y 2011 se realizó valoración forense por violación a 12,597 niñas violadas menores de 17 años, que representan el 84% del total de casos atendidos. Un 49% correspondió a las menores de 13 años de edad.

El más reciente informe de Desarrollo Humano de Nicaragua publicado por PNUD¹¹, señala que en el período de 2000 a 2009, un total de 13.180 adolescentes de 10 a 14 años dieron a luz, el diagnóstico dice además que *los casos pueden vincularse a contextos de vulnerabilidad por situaciones de abuso*.

En vista del alto riesgo reproductivo que representan los embarazos a temprana edad y su alta incidencia, es cada vez más frecuente que niñas y adolescentes embarazadas ingresen a las Casas Maternas, lo que plantea la necesidad de adecuar los servicios para hacerlos accesibles y apropiados a las necesidades y características propias de la edad.

Partiendo de lo establecido en el Código Penal¹², respecto a que toda relación sexual con una niña menor de 14 años se considera una violación, se puede presumir que todas las niñas embarazadas han sido violadas, situación que requiere de atención integral tanto para la prevención y atención de los riesgos reproductivos, como a su salud mental y la protección de sus derechos humanos.

9 Datos del Ministerio de Salud, citado en el documento Las Juventudes Construyendo Nicaragua. Informe de Desarrollo Humano 2011. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Disponible en: www.pnud.org.ni

10 Observatorio de Derechos de la Niñez. Federación Coordinadora Nicaragüense de ONG que trabajan con la Niñez y la Adolescencia (CODENI). www.dev.codeni.org.ni/

11 Juventudes construyendo Nicaragua. Informe de Desarrollo Humano 2011. PNUD Nicaragua.

12 Ley 641. Código Penal. El Capítulo II, del Título II recoge entre los artículos 167 al 182, las definiciones y penas relacionadas con los delitos contra la libertad e integridad sexual Noviembre 13, 2007



Lo anterior, sumado a las disposiciones de la Ley 779¹³, Ley Integral contra la violencia hacia las mujeres, acerca del deber de denunciar todo delito cometido contra una mujer, plantea al personal de las Casas Maternas un gran reto y requiere que las cuidadoras tengan conocimientos, capacidades, cualidades y destrezas para: (i) detectar casos de violencia sexual, (ii) reconocer factores de riesgo, (iii) brindar apoyo y consejería en salud sexual reproductiva y (iv) evitar la victimización secundaria.

Además de lo mencionado anteriormente sobre la situación en este departamento, otra razón por la que se eligió Jinotega para realizar el presente diagnóstico, es la experiencia previa de Ipas con las Casas Maternas en este territorio, donde el 39% de las mujeres atendidas corresponde a menores de 19 años de edad.

Entre septiembre 2011 y junio 2012, Ipas impulsó un proyecto piloto con las Casas Maternas de Jinotega con el objetivo de fortalecer el trabajo de sensibilización, prevención y detección de la violencia intrafamiliar y sexual, así como la promoción de la denuncia a través de la organización y fortalecimiento de la red de defensoría comunitaria.

Durante los talleres sobre violencia sexual realizados con líderes comunitarias y personal de Casas Maternas¹⁴, se pudo observar la existencia de percepciones diversas y encontradas acerca de la violencia, como parte de una realidad cotidiana, que por un lado, toca experiencias personales o familiares no resueltas y por otro, sentimientos de rabia e impotencia ante la falta de respuesta institucional, factores que posiblemente contribuyen a la “naturalización de la violencia” en las comunidades.

Las conclusiones extraídas de los resultados del proyecto *“Juntas trabajando contra la violencia hacia las mujeres, un esfuerzo desde las Casas Maternas”*¹⁵ y de la Encuesta de Satisfacción de usuarias de la Casa Materna de Jinotega¹⁶, evidencian la necesidad urgente de fortalecer al personal de las Casas Maternas con herramientas conceptuales y metodológicas que les faciliten el desarrollo de capacidades y habilidades personales para que puedan hacer un abordaje integral ante las situaciones de violencia.

13 El 21 de Febrero del 2012, la Asamblea Nacional de la República aprobó la “Ley Integral contra la violencia y reformas al Código Penal - Ley 779”

14 Citado en los términos de referencia del diagnóstico, alusivo a los talleres realizados en el marco del proyecto “Juntas contra la violencia hacia las mujeres, un esfuerzo desde las Casas Maternas”, auspiciado por Ipas.

15 Proyecto ejecutado entre septiembre 2011 y junio 2012, en las Casas Maternas de Jinotega, con el apoyo técnico y financiero de Ipas.

16 Encuesta de Satisfacción de usuarias embarazadas albergadas en la casa materna Cihuatlampa de Jinotega. Realizada entre junio y noviembre de 2011, con la asistencia técnica de la Agencia de Cooperación Japonesa JICA y la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo AECID.



III. OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO

1. Conocer qué piensan, saben y sienten las cuidadoras de las Casas Maternas acerca de la violencia sexual y los embarazos en niñas y adolescentes.
2. Identificar las capacidades, recursos y limitaciones del personal de las Casas Maternas para brindar atención integral a niñas y adolescentes embarazadas.
3. Conocer las expectativas de las adolescentes y su valoración sobre la atención recibida en las Casas Maternas.

IV. METODOLOGÍA

Este es un diagnóstico cualitativo, de carácter exploratorio, descriptivo e interpretativo, desarrollado mediante el uso de la técnica de entrevistas, grupos focales y revisión documental.

Durante el primer contacto con las coordinadoras y cuidadoras, se procedió a explicar el propósito de la visita, luego de manera individual se estableció el acuerdo de realizar la entrevista mediante guía de consentimiento informado, en la que se explicó a las mujeres el carácter voluntario y de confidencialidad de la información, el derecho que tenían de responder o no alguna pregunta o de suspender la entrevista y el permiso para grabar. (Anexo 1)

Se realizaron 24 entrevistas al personal de nueve Casas Maternas, como se detalla a continuación:

Municipio/ poblado	Coordinadora	Cuidadora	Enfermera	Usuaría	Total
Jinotega	-	2	1	1	4
Yalí	1	1	-	-	2
La Concordia	1	2	-	-	3
El Cuá	1	1	-	1	3
San José de Bocay	1 (vice coord.)	-	1	-	2
Ayapal	1	1	-	1	3
Wamblán	1	1	-	1	3
Wiwilí	-	1	-	-	1
Pantasma	1	1	-	1	3

Las entrevistas fueron desarrolladas a partir de una guía de preguntas semi-estructuradas en formato de historia de vida (Anexo 2), a través de la cual se exploraron las distintas etapas del ciclo vital para identificar experiencias de violencia, relaciones de pareja, primer noviazgo, experiencias de abuso, embarazos, etc. El cuestionario además contenía preguntas relativas a las concepciones y percepción de las entrevistadas acerca de la violencia sexual, las causas de los embarazos tempranos, la percepción de sus propias capacidades para el abordaje y atención a las niñas y adolescentes con embarazos forzados, y las necesidades de apoyo que ellas tienen para mejorar su desempeño en el trabajo que realizan.

El único criterio de inclusión fue que la mujer formara parte del equipo de la Casa Materna y que diera su consentimiento para ser entrevistada.

Como parte del diagnóstico, también se realizaron entrevistas a cinco adolescentes, todas menores de 18 años, que al momento de la visita estaban albergadas en las Casas Maternas de Jinotega, El Cuá, Pantasma, Ayapal y Wamblán. De igual forma, se les solicitó consentimiento informado para realizar la entrevista y grabarla. Los archivos de las grabaciones, se identificaron con código para proteger la identidad de la adolescente. Cabe aclarar que de las cinco adolescentes, solamente la de Pantasma se encontraba acompañada por una persona adulta (su mamá), a quien en este caso se le solicitó consentimiento para realizar la entrevista.

Con las adolescentes se aplicó una guía de preguntas generadoras (anexo 3) para indagar datos socio-demográficos, contexto familiar, circunstancias que precedieron al embarazo, a fin de identificar si el mismo fue producto de una relación forzada. Además, se exploró la percepción de las adolescentes acerca de los servicios recibidos en la Casa Materna y en torno a sus expectativas y proyecto de vida en el futuro.



En vista de que en las entrevistas se abordaban aspectos relativos a la vida íntima de las entrevistadas, tanto a coordinadoras, cuidadoras como con las adolescentes se hizo el compromiso de no revelar su identidad, por lo cual, en los testimonios que se presentan en este informe, se les ha asignado un código aleatorio y nombres ficticios.

Además de las entrevistas a coordinadoras, cuidadoras y usuarias, se entrevistó a la coordinadora de la Red de Casas Maternas y a dos consultoras que han trabajado con las Casas Maternas de Jinotega en la coordinación de proyectos con cooperación externa. Asimismo, se entrevistó una psicóloga, que es funcionaria de la organización Club Infantil, organización aliada de la Casa Materna, y que trabaja en la promoción de los derechos de la niñez y adolescencia en Jinotega.

En estas entrevistas se utilizó una lista de preguntas abiertas enfocadas en la opinión y percepciones de las entrevistadas acerca de los factores que inciden en la naturalización de la violencia y los embarazos tempranos, así como la opinión acerca de las fortalezas, debilidades y necesidades de apoyo, que tienen las Casas Maternas para un abordaje integral de la violencia.

En San Rafael del Norte, la Casa Materna estaba en construcción y aún no contaban con una cuidadora a quien entrevistar. En vista de ello y a sugerencia del coordinador del Comité Promotor de la Casa Materna, se realizó una sesión de grupo focal, en la que participaron nueve personas que forman parte de dicho comité, entre ellas: el director del centro de salud, la enfermera a cargo de la Casa Materna, funcionarias de la Alcaldía Municipal y representantes de organizaciones de la sociedad civil (anexo 4).

En esta sesión de grupo focal, las preguntas apuntaron fundamentalmente a conocer las opiniones y percepciones acerca de las causas y efectos de la violencia sexual y los embarazos tempranos, y las perspectivas que tienen en torno al abordaje de esta problemática una vez que la casa materna entre en pleno funcionamiento, lo que estaba previsto para diciembre 2012.

En siete de las nueve Casas Maternas visitadas se logró tener acceso a los libros de registro, de los cuales extrajimos la información estadística de enero a la fecha de la visita (1ra o 2da semana de noviembre 2012). No se logró revisar el libro de registros en dos de las Casas Maternas, ya que en La Concordia desde agosto del 2012 el albergue está cerrado por la falta de apoyo para la alimentación de las mujeres y en San José de Bocay, la enfermera a cargo se encontraba cumpliendo turno en el Centro de Salud, donde se le visitó para realizar la entrevista.



Para el análisis de los resultados que se presentan a continuación, partimos de las siguientes premisas básicas:

1. Las niñas, adolescentes y mujeres en general, que acuden a las Casas Maternas, son personas con derechos humanos reconocidos en los convenios internacionales y en las leyes nacionales.
2. Todas las decisiones y actuaciones de las instituciones del Estado y la sociedad, relativas a una niña o adolescente, deben basarse en el principio del interés superior del niño y la niña. La aplicación práctica de este principio, implica que las necesidades e intereses de la niña o la adolescente tienen carácter prioritario, en particular en lo relativo a la prevención, atención y protección ante la violencia.
3. Junto al principio del interés superior, están los principios de igualdad y no discriminación contenidos en el artículo 2 de la Convención sobre de los Derechos del Niño (CDN) y en el Código de la Niñez y Adolescentes (CNA); principios que corroboran, que todas las niñas y adolescentes tienen iguales derechos independientemente de su edad, raza, etnia, condición socio económica, lugar de origen y, que el Estado, la familia y la sociedad tienen el deber de protegerles de cualquier forma de discriminación.
4. En cualquier circunstancia que atañe a su vida y al ejercicio de sus derechos, las niñas y las adolescentes tienen derecho a expresar su opinión, deseos e intereses, a participar y ser tomadas en cuenta por las personas adultas, en el ámbito de la vida familiar, comunitaria y social, de conformidad con lo establecido en el artículo 12 de la CDN.
5. Las Casas Maternas, como actor en salud, están llamadas a proveer en el marco de su ámbito de acción, servicios de albergue y coordinar la atención en salud a las embarazadas de las comunidades rurales distantes de los servicios; así como a mejorar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva entre sus usuarias.
6. Las Casas Maternas han expresado voluntad política para promover el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia, así como la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual, como parte de sus estrategias de acción.
7. Por iniciativa propia y ante la situación de violencia observada en adolescentes embarazadas, las Casas Maternas han venido desarrollando esfuerzos en la labor de detección y apoyo a las mujeres víctimas de violencia.

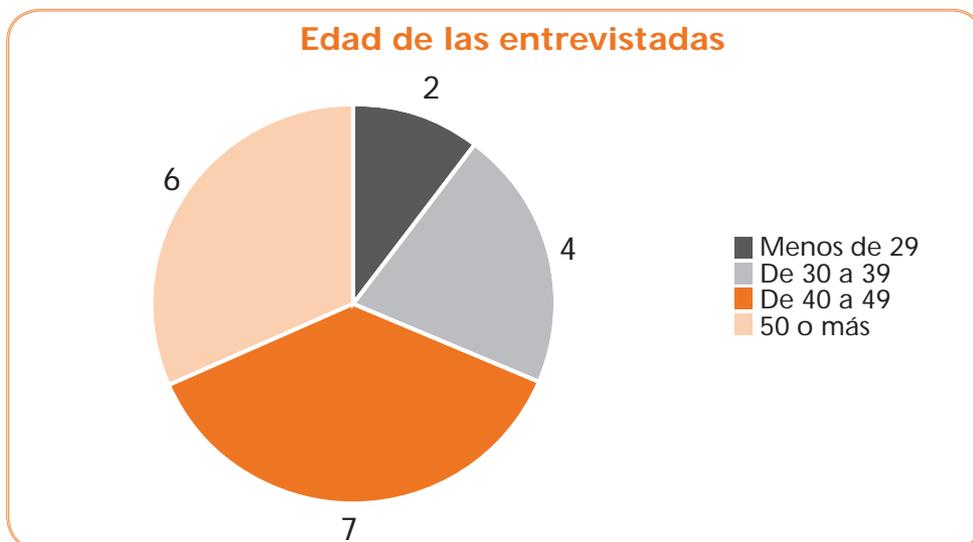


V. RESULTADOS

PARTE 1.- LAS CUIDADORAS

A.-Datos socio demográficos

La edad promedio de las entrevistadas fue de 45.9 años, la mediana de 44. En su mayoría (64%) las mujeres que laboran en las Casas Maternas tienen más de 40 años de edad. La más joven de las cuidadoras tenía 21 años de edad y 4 de estar en la Casa Materna y la de mayor edad con 62 años, de ellos 10 de estar en la Casa Materna y más de 40 años de experiencia como enfermera.





De acuerdo con los datos obtenidos sobre **grado de escolaridad**, encontramos que seis de las entrevistadas tienen estudios de primaria, dos de ellas alcanzaron el sexto grado. Las que han cursado la escuela secundaria son once, es decir, un poco más de la mitad. La mayoría cursó hasta tercer año. Solamente una concluyó la secundaria y estaba en la universidad, estudiando banca y finanzas. Cuatro de las entrevistadas con nivel secundario, además realizaron estudios de enfermería, dos han recibido capacitación como parteras obstetras y tres son técnicas agropecuarias.

Con relación al **Estado Civil**: La mayoría (63%) están en pareja, tres en unión de hecho y nueve son casadas. Una de las entrevistadas es viuda y las seis restantes dijeron estar solteras.

Al preguntar sobre religión, la mayoría de las entrevistadas (once) se declaran católicas, siete son evangélicas y una dijo no practicar religión alguna.

El tiempo de **antigüedad de trabajo en la Casa Materna**, es en la mayoría de las mujeres superior a los dos años. De las entrevistadas la de menor antigüedad tenía seis meses y la de mayor antigüedad, diecisiete años.

B.- Las cuidadoras y sus historias de vida

Durante las entrevistas se exploró la historia de vida de las cuidadoras, a fin de conocer sus propias vivencias y episodios relacionados con la violencia, los embarazos forzados, la maternidad y otras experiencias que han influido su percepción sobre estos temas. A continuación se presentan los principales resultados extraídos de los testimonios a partir del ordenamiento de los relatos de las distintas etapas del ciclo vital.

Evocación de la infancia:

Los testimonios obtenidos sobre la etapa de la infancia (hasta 12 años), nos permitieron conocer un poco de la historia familiar y personal de estas mujeres, la mayoría de las cuales dice no tener recuerdos bonitos de esa etapa. Solamente en tres casos las entrevistadas refirieron haber tenido una infancia agradable a pesar de las limitaciones económicas. Entre las figuras familiares significativas sobresalen las abuelas, en algunos casos las madres y en muy pocos casos el padre.

Vivía con mi abuela, vivía feliz, me mandó a clases, me mandó a estudiar, épocas con mis padres y épocas con mis abuelos. (4-22)

Viví con mi papá, mamá, infancia muy bonita, mimada por mi papá, malcriada con mi mamá, mi papá era delegado de la iglesia, fui inculcada con valores muy bonitos, aprendí a creer en Dios, me brindaron mucho cariño... (2-22)



No tengo malos recuerdos de mi infancia (...) siempre hubo alegría en mi hogar, jugábamos con pelotas, con muñecas de trapo, a la casita, de cocina (...) Me criaron mis padres, personas humildes, campesinas. Siempre tuvimos limitaciones económicas. (3-11)

Un tema recurrente en los testimonios es la separación familiar, ya sea por abandono, por orfandad o por migración de los padres.

Mi historia es grande, fui mota, mi mamá murió porque la mordió un perro con rabia, sufrí mucho. (3-32)

Viví con mi abuelo hasta los cuatro años, luego mi mamá me dio a mi tía, con quien viví hasta los 18 años. (5-28)

...mi mamá murió cuando yo tenía once años, murió de parto, vivíamos todos los hermanos con una tía, mi papá estaba casado con otra. (6-11)

A la edad de tres años me quedé sin papá, se fue para Honduras y regresó cuando yo tenía 14. (6-22)

Yo una infancia bonita no tuve (...) mis padres emigraron y nos dejaron en poder de una tía materna que nos daba mala vida. (9-11)

El trabajo infantil y la negación del derecho a la educación, es otro de los temas que con frecuencia aparece en el relato de las entrevistadas, como lo ilustran los testimonios.

Desde los 9 años trabajé, nos levantábamos a la una de la madrugada a encender el fuego, (mi papá y mi mamá, destazaba, cerdos), teníamos que ir a dejar los compromisos de la entrega de carne, y luego ir a vender nacatamales. (4-11)

MI infancia fue muy dura, éramos una familia muy pobre, me tocó trabajar desde los siete años, tenía que palmear tortillas, lavar la ropa, no estudiaba aprendí a leer y a escribir en la alfabetización (...) mi mamá tuvo 10 hijos, como yo era de la más grandecita me tocaba hacer todo, la mayoría del tiempo cuidando niños. (8-11)

Mi mamá no me echó a estudiar, mi papá decía que como era la única hembra y la escuela quedaba largo, que era peligroso. (8-22)

Al indagar acerca de las experiencias de violencia durante la infancia, algunas entrevistadas expresan haber experimentado violencia física, violencia verbal y psicológica. Una de ellas compartió la experiencia de haber sido abusada sexualmente desde los nueve años y de forma reiterada por su hermano



mayor. Al pedirle que hablara de su infancia, su respuesta fue: "eso es algo de lo que no quisiera ni acordarme".

...mi mamá, era bien enojada, me pegaba, buscaba una vara o un mecate, yo me le corría, siempre me castigaba, le tenía miedo, a mi papa le tenía miedo pero nunca me pegó. (8-22)

En primer grado, una maestra me jalaba el pelo, me decía piojosa, me sacaban de clase, me decía ladrona. (4-22)

...nos criaron tan sumisos, nos daba golpes, palabras groseras y zanganadas. (9-11)

A juzgar por los relatos, se puede apreciar que en la mayoría de los casos estas mujeres no tuvieron infancia, al menos no como merecían tenerla en su condición de niñas. Esta etapa de la vida estuvo marcada para la mayoría de ellas, por las privaciones materiales, explotación laboral, malos tratos, el abandono y la negación de sus derechos humanos, como el derecho a educación, al juego, la recreación y a la protección.

La Adolescencia:

Al explorar los recuerdos de la etapa de adolescencia, llama fuertemente la atención, que en los relatos de esta etapa, lo que las mujeres tienen más presente es la vida laboral y de pareja y, en menor medida, las experiencias relacionadas con el estudio y la participación organizativa.

De igual forma como ocurrió en el relato de la infancia, solo unas cuantas expresaron tener recuerdos gratos de este período de sus vidas, los más positivos tienen que ver con la experiencia de ganar su propio dinero y haber alcanzado cierto grado de independencia.

Estudiaba, teníamos buena comunicación con mi mamá y mi papá, salíamos a fiestas y a pasear (3-11)

Trabajaba en una casa en Jinotega, como ya ganaba mi dinerito me compraba mis cositas, me gustaba comprarme pantalones buenos de esos levis y, hasta ajustaba para ayudar a mi mamá. (...) me gustaba que me llevaran a las ferias, montarme en la montaña rusa y en los juegos mecánicos (1-32)

En esta etapa nuevamente aparecen los recuerdos ligados a la negación de derechos. Llama la atención que muchas de las entrevistadas saltaran directamente del relato de la infancia a la vida adulta obviando la adolescencia, a la que tratamos de hacerlas volver al indagar acerca de las experiencias en lo relativo al noviazgo e inicio de su vida sexual reproductiva.



Desde los 14 años me pusieron a trabajar y hasta esta época he trabajado. (3-32)

En mi adolescencia, no supe lo que fue una fiesta, un regalo, un cariño. (9-11)

A los quince años trabajé para ayudar a mi mamá, pues mi papá se había vuelto alcohólico había cambiado mucho. A los 18 años nos separamos de él por la situación de violencia. (2-22)

El enamoramiento, vida sexual, embarazo

A medida que las entrevistadas avanzaban en su relato, se les formularon preguntas relacionadas a la vida sexual, edad de la primera menstruación, experiencia de enamoramiento, noviazgo, la primera relación sexual y el embarazo.

Es significativo encontrar que ocho de las 19 mujeres entrevistadas iniciaron su vida sexual temprano y tuvieron su primer embarazo durante la adolescencia, estas representan el 42%, porcentaje cercano al de adolescentes embarazadas que encontramos en la revisión del libro de registros de atención de las Casas Maternas del 2012.

De las ocho que fueron madres adolescentes, una lo fue a los catorce años, tres a los quince, dos a los diecisiete y dos a los 18 años. Las restantes tuvieron su primer embarazo después de los veinte y, dos de ellas, pasados los veinticuatro.

La tónica general en las que tuvieron sus embarazos tempranamente es que no vivieron la experiencia del enamoramiento y del noviazgo, muy pequeñas ya estaban asumiendo responsabilidades de madre-esposas, algunas antes de tener los propios hijos, ya habían tenido que hacerse cargo del cuidado de otros niños.

Al indagar acerca de las circunstancias en que se dio la primera relación sexual y el primer embarazo, la mayoría señala que fue "por su gusto" y con el novio, sin embargo, en los testimonios encontramos que las que iniciaron vida sexual tempranamente y "se fueron" con el novio, son aquellas que habían estado expuestas a la violencia durante su infancia, lo que indica que la violencia ha sido una constante en sus vidas.

...a los 15 años tuve mi primera relación, mi mamá me obligó a casarme, él me pegaba, me violaba (...) allí nomás me embarace, eran gemelos, los perdí porque me golpeaba. (1-12)

A los 14 años me hice de un muchacho, él tenía 18 años, tuve mi primer hijo que se me murió, después tuve una niña, él me la mató le dio una patada en las costillas. (7-12)



Los testimonios arriba citados son de mujeres que han vivido experiencias extremas de violencia desde muy temprano. Una de ellas vivió varios años con la pareja que la maltrataba, la otra logró terminar esa relación, sin embargo a los 17 años tuvo otro hijo de una nueva pareja con la que experimentó otras formas de violencia como los celos y el control.

Una adultez que llegó temprano

Salvo algunas excepciones, en la mayor parte de las entrevistas la etapa de la juventud, se omite o se confunde en el relato, de la adolescencia, las mujeres saltan a hablar de sus experiencias de adultas. Esto posiblemente se debe a que todas a los treinta años llevaban una vida cargada de responsabilidades como madres, esposas, trabajadoras, en fin, fueron adultas prematuramente.

... A los 20 años tuve mi primera relación fue con un hombre mayor, me llevaba 29 años, vivía sola, estuve 8 días con él, quedé embarazada, no estaba preparada, abusó de mí, porque no fue con mi voluntad. Es horrible y me quedé con ese hombre 5 años, tuve dos hijas en esa relación, me costó mucho salir de esa relación (...) no podía hablar con nadie, no tenía libertad para nada. (6-11)

El relato anterior, muestra que no sólo durante la adolescencia las mujeres son vulnerables de ser aplastadas por el poder masculino. Ella vivió de niña, la muerte de la madre, el abandono y el maltrato del padre, razón por la que a los 16 años huyó y se integró a la guerrilla. Todas estas experiencias posiblemente contribuyeron a que desarrollara una suerte de indefensión aprendida, que le impidió reaccionar ante la imposición y el abuso de un hombre mayor, el que además de superarla en edad, ejercía un poder y control absoluto sobre ella.

Para la mayoría, el inicio de la edad adulta coincidió con las tareas del cuidado de los hijos e hijas, algunas, además, comenzaron en esta etapa su vida organizativa integrándose a las cooperativas de mujeres, organizaciones religiosas, educativas y como brigadistas de salud y parteras.

Para varias de las entrevistadas, la mejor etapa de su vida ha sido la etapa adulta, cuando tuvieron oportunidad de hacer cosas que deseaban como organizarse y participar en la iniciativa de las Casas Maternas.

C.- Lo que piensan y sienten las cuidadoras sobre la violencia y los embarazos tempranos

Durante la entrevista se indagó sobre la opinión de las cuidadoras acerca de las causas de los embarazos tempranos, las respuestas fueron diversas, sin embargo existe una opinión bastante generalizada de que la responsabilidad es de la familia, en especial de las madres o de las mismas adolescentes.

...hay más libertinaje en las jóvenes de ahora, con eso de la televisión (...) falta de comunicación de la mamá, del papá con los hijos. (1-32)

Siempre responsabilizo a los padres (...) falta de cuidado o de interés... (2-22)

Falta de educación, charlas, falta de concientizar, la locura de ellas es el sexo, debe haber más confianza con la mamá y el papá. (9-22)

Falta de confianza entre madre e hija, tal vez no cometieran esos errores, o es libertinaje. Ellas buscan el mal. (9-11)

Eso pasa por problemas en el hogar (...) el hombre adulto les ofrece cosas porque en el hogar les dan mala vida. (7-12)

...nos dicen que es por culpa de sus mamás, que les dan mala vida. (3-11)

Aunque expresado de distinta manera, la opinión generalizada de las cuidadoras apunta a que detrás de los embarazos tempranos, está la falta de comunicación en el seno de las familias. Señalan además, que en ocasiones las adolescentes acceden a las peticiones de un hombre como una forma de huir del maltrato que reciben en el hogar.

Otro aspecto que fue mencionado en las entrevistas es el tema de la pobreza y cómo las familias ven en un hombre mayor, la posibilidad de que la hija tenga una vida mejor.

...los familiares dicen, para en virtud que se la lleve un chigüín y me la deje botada, mejor que se la lleve ese señor, vive bien, tienen comida, tiene todo y no va a pasar dificultades. (2-22)

Ahora los viejos engañan a las chavalas, les ofrecen dinero. (1-32)

...falta de seguridad económica, las jóvenes si no dependen de un hombre, no pueden sobrevivir. (5-11)

Ellas piensan que si se van con un señor de edad, no las va a abandonar, que van a vivir bien. (9-22)

...los padres hasta hacen los "bisnes" con sus hijas. (6-11)

En relación a las causas de la violencia sexual y los embarazos tempranos, las opiniones de las personas que integran el Comité Promotor de la Casa Materna de San Rafael del Norte, tienen coincidencia con lo expresado por las cuidadoras de las Casas Maternas.



La enfermera encargada de la Casa Materna afirmó que no han tenido casos de embarazos por violación, porque no han recibido denuncias. No obstante, todas y todos los participantes del grupo focal saben que la ley establece que toda menor de 14 años embarazada ha sido víctima del delito de violación.

Una de las participantes, compartió que en su experiencia como docente ha conocido de cerca casos de jovencitas que se han ido de sus casas con hombres mayores de edad, por causa del maltrato que recibían en sus hogares de origen.

Entre septiembre y octubre tres niñas se han ido con hombres adultos, ellos con su experiencia las atraen, que con un celular, que con esto, que con aquello y ellas caen en esa trampa (...) se fueron porque estaban viviendo en sus hogares bastante dificultades económicas. Ellos las convencen (...) Eso yo lo estoy viviendo como tutora de octavo grado. También tiene que ver con la baja autoestima de las chavalas, no se valoran, no tienen metas o piensan que no la pueden cumplir.
Docente, integrante del Comité promotor de las Casas Materna San Rafael del Norte

Otro de los participantes en el *grupo focal*, mencionó que el trabajo infantil, es un factor más que influye en la violencia y en los embarazos tempranos, pues, en las fincas de café existe explotación del trabajo de niñas, niños y adolescentes, en ambientes de riesgo.

Los papás se llevan a toda la familia a cortar café y allí van las niñas de 12 de 13 años, si no la conquista el que viene de Somoto a cortar café, la conquista el hijo del dueño de la finca, el dueño de la finca o el que hace la medida, porque le va anotando un poquito más y la va conquistando. (...) si hiciéramos un monitoreo y buscamos datos reales vamos a ver cuántas adolescentes se van en la época de corte de café, y la que no se va, queda embarazada.
Hombre, integrante del Comité promotor de las Casas Materna San Rafael del Norte

Esta apreciación, parece no estar nada fuera de la realidad, si analizamos las estadísticas recabadas nos encontramos que en casi todas las Casas Maternas, agosto y septiembre son los meses de mayor frecuencia de llegada de adolescentes, es decir, las que se embarazaron entre noviembre y diciembre que es la época de corte de café.

Otro factor señalado como causa de los embarazos tempranos es la falta de educación y de información de las adolescentes, que no conocen las formas de prevenir un embarazo. Al respecto refieren, que no se orienta a las adolescentes sobre sexualidad

porque es un tema tabú, sobre el que la gente tiene vergüenza de hablar.

Otros factores mencionados como causal de los embarazos tempranos son la "curiosidad" de las niñas y adolescentes sobre el tema sexual y el hacinamiento en los hogares. Entre las y los participantes del grupo focal también se observó tendencia a culpabilizar a las adolescentes.

Se menciona solo el problema de las comunidades, pero aquí (el poblado), el grado de jovencitas que se han prostituido, los hombres les dan celulares, las llevan a Jinotega. Las jovencitas de 13 años ya se empinan la cerveza y el trago (...) ellas intimidan a los hombres.

Hombre, integrante del Comité promotor de las Casas Materna San Rafael del Norte

Respecto a la propuesta de intervención, en San Rafael están planificando que además de brindar albergue, se ofrezcan charlas sobre salud materna y salud sexual reproductiva, se tiene la intención de contratar una psicóloga que trabaje con las adolescentes embarazadas.

*Vamos a hacer un proceso de capacitación en primera instancia a los miembros del Comité para que después multipliquemos en las comunidades.
Coordinador Comité Casa Materna.*

Que la casa materna tenga un funcionamiento activo (...) estamos dando los primeros pasos y la atención no solo debe estar en la casa materna, sino que hacer atención en las comunidades a las muchachas y los muchachos para que se involucren en actividades educativas, creativas y de recreación sana.

Mujer integrante del Comité

Los video foros es una estrategia que nos ha servido, pero las capacidades y materiales que tenemos como MINSA son limitados, si tuviéramos apoyo de algún organismo podríamos hacer mayor incidencia en las comunidades para la prevención. (...), esto es un trabajo arduo de mucho tiempo, hay barreras, como lo religioso.

Director Centro de Salud San Rafael del Norte.

Durante la entrevista a coordinadoras y cuidadoras se les preguntó sobre los sentimientos que les provoca cuando reciben en la Casa Materna a una niña o adolescente embarazada. Como se puede apreciar en sus respuestas, estas situaciones no les son indiferentes, les afectan, sin embargo, se percibe claramente que ven a las adolescentes desde una visión adultista, con lástima, como desvalidas, objetos de protección y no como personas con derechos.

Esta concepción sobre las niñas y las adolescentes está sin duda alguna sustentada en la misma naturaleza de estas mujeres, que han asumido su rol como una extensión de la función materna. Tal como ellas mismas lo expresan, en su labor, “las aconsejamos”, les damos charlas”, incluso tuvimos referencia de cuidadoras que “regañan a las adolescentes”.

Me siento como si fueran mías, me aflijo, me asusto.
(1-23)

Me siento triste, al ver a estas personas que no acuden a denunciar.
(1-32)

Triste, porque una niña violada queda marcada para toda su vida.
(3-12)

Me siento conmovida, les hago preguntas sobre el motivo de ese embarazo.
(7-12)

Me da rabia ver a una niña embarazada.
(8-11)

Me duele, me da una tristeza, desesperación, sufrimiento.
(9-22)

Me da lástima, pesar, porque son niñas, no saben lo que es un parto.
(9-11)

Estos sentimientos, de tristeza, se traducen en frustración e impotencia ante los obstáculos y limitaciones que tienen para hacer el abordaje.

Me da cólera, porque digo ¿por qué estas mujeres no entienden?, les digo y les digo. (1-12)

Me siento temerosa y débil cuando entrevisto a las niñas, se me hace difícil abordar el tema de la violación, porque se debe tener mucho conocimiento, nos hace falta conocer la ley, para decirle a ella qué tiene que hacer. (2-11)

Apoyo de las autoridades no hay, la policía no está permanente, no hacen nada, no se tienen condiciones para atender. (8-11)

En el 94 atendimos a una niña, su mismo padre la había violado, después de que parió la mamá se la llevó, no pudimos hacer nada. (5-11)

Preguntamos a las entrevistadas si el hecho de que las niñas y adolescentes se embaracen de forma prematura es un tema de preocupación de la comunidad, en sus respuestas se puede

apreciar que este fenómeno está fuertemente naturalizado, no solo no es percibido como un problema, sino que existen una serie de mitos que lo refuerzan y hasta lo justifican.

Tanto la Coordinadora de la Red de Casas Maternas, como las consultoras y la funcionaria de la organización Club Juvenil entrevistadas, coinciden en que existe una fuerte "naturalización" de la violencia y de los embarazos tempranos, lo que a juicio de una de las entrevistadas nos indica que desde las organizaciones es necesario "cambiar el enfoque de análisis del fenómeno" así como las estrategias de trabajo, ya que "las ONG y la cooperación tenemos nuestra propia visión del problema, la que está lejos de lo que piensan las mujeres y la sociedad en las comunidades".

Tenemos que empezar por sensibilizarlas. Las mujeres de las Casas Maternas son mujeres rurales y, en la zona rural el embarazo en niñas es algo natural, ellas ven un caso de una niña embarazada y solo lo informan, y ellas expresan que las familias no lo reportan como abuso (...) a ellas las debemos sensibilizar para que no vean estos embarazos como algo normal. (Coordinadora Red de Casas Maternas)

Tuvimos una chavala de 14 años, cuando le pregunto ¿cuántos años tiene su marido?, me dice no tengo, me violaron, fue mi papá. La mamá no dijo nada, llamé a la señora, le dije que tenía que denunciar y me dijo. "como a él es que le cuesta." Se denunció ella quedó como cómplice. (1-12)

...que una chavala de 12 años salga embarazada, no le toman importancia. Salió embarazada, es porque es mujer. (4-22)

Por la misma ignorancia, falta de cultura, desde que tienen 10 años los hombres dicen que la mujer nació para parir chigüines. (6-11)

¿Que un hombre viole a una chavala? (...) es por vagancia del varón.

En algunos de los testimonios está presente la concepción de que la hija es propiedad del padre porque "a él le cuesta" así como le cuesta la vaca. La idea de que la mujer nació para parir hijos está fuertemente arraigada en el imaginario social de las mismas mujeres y de la sociedad en general, y ser madre, posiblemente es para las adolescentes una forma de obtener validación social, pues cuando ya tienen marido e hijos se sienten importantes.

Otro aspecto que llama la atención es el hecho de que en el análisis de las causas hay muy poca sanción a los hombres que cometen violación, la responsabilidad recae sobre la familia, eso de que "es una vagancia del varón", además de quitarles la responsabilidad, refuerza la concepción de que violar es constitutivo de la naturaleza del macho.

D. Conocimientos y capacidad para el abordaje de la violencia sexual

Otro de los aspectos que se abordó con coordinadoras y cuidadoras, fue lo relacionado a sus conocimientos, habilidades y capacidades para abordar los embarazos tempranos producto de violación.

Pienso que la violación es por un descuido y falta de capacitaciones a las personas. (2-11)

La chavala menor de 15 que anda embarazada, aunque sea por su gusto, es una violación. (2-22)

...no se dan esos casos de violación, no hay denuncias, las parejas de estas adolescentes son de su misma edad, se les da consejos para que adopten la planificación familiar. (3-22)

Antes podían considerarlo como cualquier cosa que una adolescente saliera embarazada, podía ser normal para los padres, pero ahorita, con esta ley 779, ya las madres se tienen que ir avivando, se están presentando casos en la policía y los juzgados, del padrastro que violó a su entenada, que el chavalito se llevó a una de catorce o de quince años. (4-11)

En los testimonios anteriores se puede apreciar que hay opiniones diversas y contradictorias, por un lado se atribuye la violación a descuido, otra reconoce que si la adolescente tiene menos de 15 lo considera violación. Cuando la pareja tiene una edad cercana a ella se asume que eran novios y que fue una relación consensuada.

En relación a los síntomas o signos que las hacen sospechar que una mujer ha sido embarazada producto de violación, varias de las entrevistadas coinciden en las señales de comportamiento como el aislamiento, no conversar, que no quieren comer, no participan en las actividades o se muestran visiblemente tristes y apartadas.

Hay mujeres que vienen y como que no les gusta hablar, muy calladas, pasan acostadas, les pregunto ¿qué te pasa?, decime, ¿qué tenés?, ¿sufrís alguna violencia? (1-21)

Se muestran agresivas, calladas, pensativas, se quedan idas, dicen malas expresiones. (1-32)

Se puede identificar cuando las violan si vienen golpeadas, al contrario, que venga así normal no podría echarle de ver, solo que ella me lo platicara. (8-22)



En este último testimonio se aprecia la asociación que existe de la violencia con el golpe o acto explícito de agresión física. Aparte del ofrecimiento de dinero o bienestar material, las otras conductas que conllevan a la violación como el engaño, el chantaje emocional, la intimidación, la amenaza o el pedido de “la prueba de amor”, no son identificadas por las entrevistadas como indicios de una relación no consensuada.

De acuerdo a lo expresado por la mayoría de las cuidadoras, a ellas les resulta difícil abordar el tema, cuando les llega una adolescente, son pocas las que dijeron que hacen indagación de las circunstancias del embarazo en la entrevista inicial, si la chavala no les dice nada o no muestra señales, se da por sentado que ella tuvo relaciones por su gusto.

Lo anterior, ha constituido una de las principales limitantes para la documentación de casos de embarazos causados por violación a niñas y adolescentes, según lo externó la consultora del proyecto apoyado por Ipas.

La estrategia educativa más utilizada en las Casas Maternas, es la charla. A las mujeres se les imparten charlas sobre violencia, salud de la madre, cuidados del recién nacido. Estas actividades son iguales para las adultas y las adolescentes. No existe, como práctica rutinaria de las Casas Maternas la atención individualizada.

Seis de las siete coordinadoras entrevistadas cuentan con conocimientos e información suficiente sobre la violencia y manifiestan una actitud de compromiso e iniciativa para promover y acompañar la denuncia, aunque mencionan que muchas veces en experiencias concretas su acción se ve limitada o impedida por diversas causas, entre ellas: la falta de colaboración de la madre o familiares de la víctima, la negativa de las adolescentes de denunciar a su agresor, las amenazas de parte de los agresores y la poca confianza de que se aplique justicia.

Al respecto una de las entrevistadas señaló: *En 2005 tuvimos un caso, el padre había violado a la hija, logramos convencer a la madre que denunciara, y al fin y al cabo el hombre quedó libre (...) después que la niña parió, ya no pudimos hacer nada.*

Las cuidadoras también reconocen haber participado en acciones de capacitación, y además han recibido orientación sobre el llenado de la ficha para detección de casos de violencia, sin embargo a la hora de hacer el abordaje en la práctica se sienten limitadas, por lo que demandan apoyo de personal calificado. Varias de ellas idealmente desearían que la Casa Materna contara con apoyo de psicóloga para atender estos casos.



Se necesita una psicóloga permanente, esos casos los tenemos todos los días. (1-12)

Necesitamos una preparación para dar sobre todo terapia psicológica (...) porque es difícil tratar a alguien que no quiere hablar que no quiere decir, que tiene miedo. (2-22)

Hemos tratado de hablar, no directamente con las niñas, sino con sus familiares, tratar de convencerlos para que pongan la denuncia. En algunos casos las hemos convencido y en otros se niegan. La gente del campo es tímida y siente que si denuncia al agresor, va a ser peor... (5-11)

La Casa Materna del Cuá es la única que cuenta con el apoyo sistemático de una psicóloga del Centro de Salud que llega tres días a la semana a hablar con las mujeres.

Este municipio además tiene Comisaría de la Mujer y la Niñez y se está desarrollando toda una experiencia organizativa y de coordinación para la labor de prevención y atención a la violencia con el concurso de las instituciones operadoras de justicia y organizaciones de la sociedad civil y de cooperación internacional.

Más de la mitad de las entrevistadas dijeron que han recibido capacitación sobre la violencia y específicamente sobre la ley 779. En menor medida señalaron haberse capacitado en la detección de violencia y conocer la ficha de registro.

Por su parte, la coordinadora de la Red de Casas Maternas, expresó que en la experiencia de capacitación, *las redes de defensoría rebasaron la capacidad de las Casas Maternas de servir como referente institucional; las redes se apropiaron de su papel pero en las Casas Maternas nos hace falta (...)* Si a eso le agregamos que la mujer que trabaja en la Casa Materna es voluntaria, no podemos obligarla que asuma esa responsabilidad, porque esa es una carga más de trabajo.

En el marco del proyecto que Ipas ha estado apoyando en las Casas Maternas de Jinotega, se han capacitado en el abordaje de la violencia, sin embargo, a criterio de la coordinadora del proyecto, las Casas Maternas requieren fortalecerse, mediante un proceso de captación y capacitación a otros recursos de la comunidad, pues es necesario ir preparando el relevo generacional de las cuidadoras, la mayoría de las cuales son mujeres de edad madura.

E.- Sobre las condiciones de las Casas Maternas

La visita a las Casas Maternas permitió observar el estado y la calidad de la infraestructura, mobiliario y del ambiente en general, a continuación se presenta una breve caracterización de estas casas.

Local	Infraestructura/ espacio-mobiliario/ ambiente	Recursos Humanos
Jinotega	<p>Cuenta con un local grande, pero con señales de deterioro, los ambientes son oscuros. Pese a que la casa cuenta con una amplia área verde, la misma no está siendo aprovechada.</p> <p>Debido a que esta casa está en territorio de mayor capacidad de resolución de los servicios de salud, donde se ubica el hospital regional, tiene gran demanda que en muchas ocasiones tensiona la capacidad de la casa, que es de 24 camas.</p>	<p>Esta Casa Materna tiene a una enfermera y una médica permanente asignada por el MINSA. Además cuenta con una administradora y dos cuidadoras que hacen turno de día y noche.</p>
San Rafael del Norte	<p>Al momento de la visita, en la unidad de salud se había habilitado un espacio de albergue, ya que estaba en construcción el local de la Casa Materna el que fue inaugurado en diciembre 2012.</p>	<p>El albergue estaba siendo atendido por una enfermera, y el personal médico de la unidad de salud atiende a las embarazadas.</p>
Yalí	<p>La Casa Materna está a cargo de una cooperativa de mujeres, no cuentan con un local propio, sino que funciona en un local alquilado, el que presenta limitaciones de espacio, mobiliario y equipamiento, además tiene serias limitaciones económicas para suplir la alimentación a las mujeres albergadas.</p> <p>La capacidad es de 10 a 12 camas, sin embargo en ocasiones la casa se satura y recurren a poner colchones en el piso.</p> <p>El Ministerio de Salud está construyendo un local para la Casa Materna y según expresó la coordinadora, todo indica que el mismo será manejado exclusivamente por el MINSA y no se tomará en cuenta al comité que ha estado a la cabeza de la iniciativa desde su fundación.</p>	<p>El único personal permanente, son dos cuidadoras que se rotan en los turnos de día y de noche.</p> <p>La coordinadora que es totalmente voluntaria llega algunas horas a resolver cuestiones de logística y realizar charlas.</p> <p>Para la atención médica, las cuidadoras deben llevar a las mujeres a la unidad de salud y cuando es de emergencia coordinan el traslado.</p>

<p>La Concordia</p>	<p>Esta Casa Materna funciona en un local que fue construido para tal fin por la cooperativa agrícola de mujeres, perteneciente a la Unión de Agricultores y Ganaderos (UNAG).</p> <p>El local presenta buenas condiciones de infraestructura, espacio y equipamiento. Al momento de la visita, esta casa tenía tres meses de no funcionar, debido a la falta de recursos de la organización para cubrir los gastos de alimentación y otras necesidades del albergue. La coordinadora señaló que pese a las gestiones realizadas ante el Ministerio de Salud, no les había sido posible conseguir que les suplieran la alimentación.</p>	<p>Esta casa cuando está funcionando cuenta con dos cuidadoras que igualmente hacían turno rotativo, además recibían la visita del personal médico del MINSA.</p>
<p>El Cuá</p>	<p>Esta casa funciona en un local bastante nuevo, que presenta condiciones adecuadas de espacio, iluminación y mobiliario, todo en buen estado.</p> <p>Capacidad de 20 a 22 camas.</p>	<p>Igual que en las demás, en esta casa el personal permanente es una cuidadora. Aquí la rotación es semanal, la cuidadora pasa día y noche en el local.</p> <p>La coordinadora no tiene permanencia, pero llega frecuentemente.</p> <p>Esta es la única Casa Materna en la que cuentan con apoyo de una psicóloga del Ministerio de Salud que las visita dos veces por semana, realizando actividades de educación y consejería a las embarazadas.</p> <p>En esta casa no se recibe regularmente visita del personal médico, las mujeres son las que van a la unidad de salud, sin embargo existe buena coordinación entre ambas instancias.</p>

<p>San José de Bocay</p>	<p>El local de la Casa Materna está al lado del Centro de Salud, es una infraestructura un poco vieja y deteriorada, los espacios son pequeños y oscuros.</p> <p>Capacidad máxima 18 camas.</p>	<p>Al momento de la visita las mujeres se encontraban solas. Esta casa está siendo gestionada totalmente por el Ministerio de Salud, que tiene asignada una enfermera para atenderla, sin embargo no permanece tiempo completo, pues debe cubrir turno en la consulta externa del centro de salud.</p> <p>Aquí las voluntarias que originalmente fundaron la Casa Materna han sido relegadas y no se les permite trabajar en la Casa Materna.</p>
<p>Ayapal</p>	<p>Este es otro de los locales de reciente construcción, la casa presenta excelentes condiciones de infraestructura y mobiliario. El único problema, es el mal estado de la fosa séptica, que está filtrando al suelo las aguas servidas, razón por la que está fuera de uso el inodoro y las mujeres deben ir a la letrina ubicada fuera del espacio de la casa.</p> <p>La capacidad es de 20 a 24 camas.</p>	<p>El personal lo constituyen las dos cuidadoras que rotan turno y la coordinadora que no está permanente. A esta casa llega el personal del Ministerio a realizar chequeo a las embarazadas y en ocasiones cuando la unidad de salud está saturada, son las mujeres las que deben acudir a la unidad, en especial cuando precisan de pruebas de laboratorio o de imagenología.</p>
<p>Wamblan</p>	<p>La infraestructura de la Casa Materna está en franco deterioro, no cuentan con servicio higiénico ni baño dentro de la casa, el mobiliario y equipamiento es insuficiente y precario. Esta casa está siendo gestionada por líderes comunitarias y subsiste de apoyo de una cooperante francesa que año con año les visita, también reciben ayuda del sacerdote católico.</p> <p>Parte de los recursos para alimentación los proporciona el Ministerio de salud, la otra parte se suple con aporte de las mismas mujeres y de gestión de la coordinadora.</p> <p>La capacidad de esta casa es máxima de 12 camas.</p>	<p>Cuenta con las dos cuidadoras y la coordinadora, quien es maestra y aporta a la Casa Materna parte de su tiempo libre de forma voluntaria.</p> <p>La Casa Materna está en el mismo terreno que la unidad de salud, lo que facilita la atención oportuna de las mujeres, existe una buena relación de coordinación con el personal del Centro de Salud, quien atiende a las embarazadas diariamente.</p>

<p>Wiwilí</p>	<p>Este es uno de los locales que presenta las peores condiciones de infraestructura, la cual se ve bastante deteriorada, oscura, las paredes están sucias, puertas y ventanas en mal estado.</p> <p>Además, esta casa no presta las más mínimas condiciones de privacidad para las mujeres, el dormitorio está al lado de la calle, es un solo espacio sin divisiones. El estado de las camas y el poco mobiliario es precario.</p> <p>Capacidad 20 mujeres</p>	<p>Por su ubicación geográfica, es otra de las casas que tiene mucha demanda y hay periodos del año (noviembre y diciembre) en el que la casa se satura.</p> <p>En la casa laboran dos cuidadoras, una de día y otra de noche. La coordinadora igual que en las otras casas no tiene permanencia.</p> <p>Esta casa cuenta con un espacio habilitado donde la médica del Ministerio de salud llega todos los días por la tarde a hacer el chequeo a las embarazadas.</p>
<p>Pantasma</p>	<p>La casa es de reciente construcción, cuenta con cocina, servicios sanitarios en buen estado. El dormitorio, área de cocina, comedor y área de atención médica están equipados.</p> <p>Capacidad entre 18 y 20</p>	<p>Esta casa está ubicada al lado del centro de salud, es operada de forma mixta por personal comunitario (coordinadora y dos cuidadoras) y por el MINSA.</p> <p>Diariamente una enfermera hace el chequeo a las embarazadas y si es preciso se pasan al centro de salud, para lo cual solo deben caminar un breve trecho.</p>

A excepción de San Sebastián de Yalí, Wiwilí y San José de Bocay, el resto de las casas cuentan con espacio (terreno) apto para el cultivo de plantas ornamentales, especies medicinales y en algunos casos hasta árboles frutales de menor tamaño, sin embargo, estos espacios no están siendo utilizados debidamente, desaprovechando la oportunidad de crear un ambiente más saludable y armonioso, similares al entorno del que provienen las mujeres albergadas.

Un problema frecuente que se pudo observar, es la presencia de basura en las áreas exteriores de las Casas Maternas.

Los espacios están ambientados con carteles, afiches, murales, avisos, con contenido educativo sobre el embarazo, el parto, cuidados del recién nacido, y en menor medida sobre violencia. Sin embargo, es visible la falta orden y en algunos casos sobresaturación, por lo que no se logra el propósito, tomando en cuenta que las mujeres que acuden a la mayoría de las casas son campesinas con bajo nivel académico, e incluso analfabetas.



Un aspecto que llama la atención es que los materiales educativos y recursos con que cuentan las casas están mayoritariamente centrados en todo lo que tiene que ver con la parte reproductiva y se carece de materiales sobre derechos sexuales, sexualidad y violencia.

En todas las casas se cuenta con equipo de Televisión y DVD, en el marco de los distintos proyectos se les ha dotado de materiales audio visuales, no obstante, durante la visita se observó que la TV se utiliza para ver la programación regular del cable (telenovelas, noticieros de nota roja y otros programas poco educativos).

Sumado a todos los factores arriba descritos, están las propias condiciones de las cuidadoras, las cuales provienen de las mismas comunidades, enfrentan dificultades económicas, familiares y personales de desventaja social y de género.

En estas condiciones, las coordinadoras y las cuidadoras de las Casas Maternas realizan un trabajo admirable, dado el carácter de voluntariedad y desinterés con que lo asumen. Sin embargo, debido a las carencias, tensiones de la vida diaria, ellas tienen una enorme carga de stress y frustración, que les genera estar en contacto diario con los problemas de las mujeres, escuchando historias de violencia y privaciones, lo que sin duda afecta su estado anímico y su capacidad de dar respuesta y asumir tareas más allá de la satisfacción de las necesidades prácticas de las usuarias, de alimentación, albergue y cuidados.

Pese a que dentro de los lineamientos estratégicos de las Casas Maternas está contemplada la labor de prevención y atención a la violencia sexual y la protección de los derechos de niñas y adolescentes, **las Casas Maternas de Jinotega incluidas en el presente diagnóstico no cuentan con las condiciones necesarias para brindar atención diferenciada a las adolescentes**, que van desde la falta de espacios propios que brinden privacidad, la falta de capacitación y de materiales educativos hasta los factores más complejos como la ya mencionada prevalencia de la “naturalización” de la violencia y los embarazos tempranos.

Aunque en teoría la función de las Casas Maternas es albergar a las mujeres en situación de alto riesgo obstétrico, en los años recientes este criterio ha sido violentado, en el marco de la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar Comunitario (MOSAFC), las brigadas de salud en su recorrido por los territorios trasladan a todas las mujeres en estado avanzado de embarazo que encuentran. Al respecto, varias de las entrevistadas afirman que en ocasiones esto se ha hecho de forma arbitraria “hasta con la policía se llevan a las mujeres”, lo que ocasiona el rechazo hacia la Casa Materna y la inconformidad de las mujeres.

Otro criterio que por esta práctica, es en muchas ocasiones violentado, es el tema de la edad gestacional, se supone que a la mujer se le traslade 15 días antes de la fecha probable de



parto, no obstante, se han dado casos de mujeres con ocho meses de gestación que han sido remitidas a la casa materna además en contra de la voluntad de la mujer. Esta práctica, arbitraria por demás, es un factor que tensiona la limitada capacidad de las Casas Maternas, que ya de hecho tienen recursos limitados. Además, pudimos conocer de parte de las usuarias, que muchas veces no les dan tiempo de prepararse y las trasladan sin ropa ni artículos de higiene, situación ante la que las cuidadoras tienen que actuar para buscarle solución.

F.- Necesidades de apoyo

Al ser consultadas acerca de las principales necesidades de apoyo que ellas tienen para mejorar el abordaje y la atención de las niñas y adolescentes embarazadas, las cuidadoras enfatizaron mucho en la limitante de materiales como:

- Documentos de la Ley 779
- Manuales para el abordaje
- Videos educativos sobre el tema de la violencia
- Metodologías para detectar la violencia
- Capacitarse sobre los embarazos a temprana edad

En San Rafael del Norte, también señalan como una necesidad la dotación de materiales y medios para la labor de sensibilización y capacitación.

En todas las Casas Maternas, además plantean la necesidad de contar con espacios adecuados para brindar privacidad en la atención a las niñas y adolescentes, asimismo, mencionan la necesidad de contar con apoyo más permanente de una psicóloga.

Otros aspectos en los que las cuidadoras demandan apoyo, es en lo relativo a los recursos para la alimentación de las mujeres, fondos para hacer reparaciones a la infraestructura de las Casas Maternas, que en algunos casos como San José de Bocay, Wiwilí y Wamblán están en muy malas condiciones.

Además, señalan la necesidad de contar con personal más permanente, ya que en la actualidad en cada Casa Materna solamente se cuenta con dos recursos (cuidadoras) que se rotan, ya sea por el día y la noche o semanalmente.

Esta forma de trabajo de las cuidadoras, basada en el voluntariado, es una barrera para avanzar en el desarrollo de capacidades, el personal se agota, no está incentivado y no se les puede exigir igual que si fuera personal permanente y remunerado.

Sobre este tema, la coordinadora de la Red de Casas Maternas opina que además de la sensibilización para el abordaje de los

embarazos producto de violación, se hace necesario brindar a las cuidadoras apoyo psico-social, mediante grupos de autoayuda, fortalecerlas en su autoestima y contribuir al desarrollo de capacidades.

Otro aspecto sugerido por esta funcionaria, es la necesidad de articular acciones para desarrollar una labor de sensibilización y capacitación dirigida a los hombres para la prevención de la violencia, si bien desde la Red de Casas Maternas se han hecho algunos esfuerzos, ella considera que son insuficientes.

Necesitaríamos alguien permanente con salario, rotar a dos personas dentro de la Casa Materna, material suficiente para las capacitaciones, ir a hacer capacitaciones en las comunidades, para prevenir la violencia intrafamiliar y el embarazo en adolescentes y adultas. (5-11)

No tenemos apoyo de la policía, se burlan de las madres, en casos de violación o maltrato familiar, así es la policía. (1-23)

Apoyo de las autoridades no hay, la policía no está permanente, no hacen nada, no se tienen condiciones para atender. (8-11)

Tienen que involucrarse los profesores y el MINED (...) a veces en las escuelas no permiten que se hable de estos temas a las estudiantes. (1-23)

Que las autoridades se interesen en estos casos, les dicen ¿estás segura que lo querés denunciar?, les ponen una barrera, en vez de convencer a las víctimas, las hacen dudar (...) Nos preocupa que a veces las autoridades se venden y permiten que se de este tipo de violencia. (2-22)

Las cuidadoras demandan apoyo de las instituciones, pues en algunos casos se enfrentan con la indiferencia de las autoridades. Otras en cambio reconocen que se ha avanzado en la coordinación y que cuentan con apoyo de las autoridades, como los juzgados, la fiscalía y la Policía Nacional.

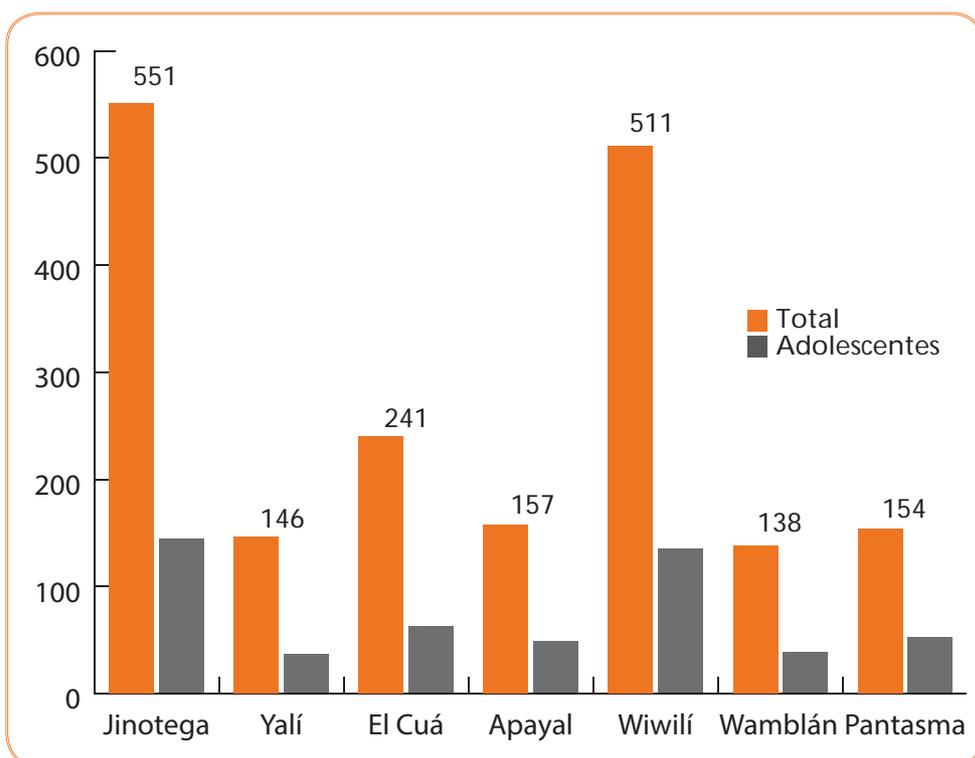
Para la coordinadora de la Red de Casas Maternas, es necesario continuar capacitando a las cuidadoras en el marco legal y la ruta de atención a la violencia.

En cada comunidad del Cuá hay un judicial que está trabajando de la mano con los juzgados (...) un programa de radio sobre la ley 779, que lo da la juez o el suplente. La gente está alertada en todo el municipio. (4-11). En este mismo municipio, la coordinadora de la Casa Materna señaló que La policía ha estado trabajando de la mano, ya existe una Comisaría de la Mujer.

PARTE 2.- ADOLESCENTES USUARIAS DE LAS CASAS MATERNAS

A.-Estadísticas de adolescentes embarazadas en siete Casas Maternas

De acuerdo con la información recabada, correspondiente al período de enero a la primera quincena de noviembre de 2012, las adolescentes representaron el 27.8% del total de embarazadas que estuvieron albergadas en siete Casas Maternas de Jinotega. En el gráfico siguiente se muestra la relación entre el total de embarazadas albergadas en el período y el número de adolescentes.



En la revisión de los registros, en ninguna de las Casas Maternas se identificó a menores de 12 años. En tres de las Casas Maternas Jinotega, El Cuá y Wiwilí habían albergado adolescentes de 13 años, en el resto, van de 14 a 18 años.

B.- Los testimonios de cinco adolescentes

Inicialmente en el diseño del diagnóstico se proponía entrevistar a niñas o adolescentes albergadas en las Casas Maternas y que se conociera que estaban embarazadas producto de violación, sin embargo, en la realidad en ninguna de las cinco Casas Maternas en donde había menores de 18 años, se encontró adolescentes en esta situación.

Sin embargo, en el interés de recabar las percepciones y opiniones de las adolescentes, se tomó la decisión de escoger al azar una

adolescente en cada Casa Materna para entrevistarla con la única condición que ella estuviera anuente y nos diera permiso de hacer la entrevista y grabarla.

A continuación se presenta una breve reseña de lo que se logró obtener en las entrevistas a estas cinco adolescentes. Cabe hacer notar que en general son muchachas tímidas, tienden a responder con monosílabos, hablan en tono bajito. Pese a que antes de la entrevista se estableció conversación para crear un ambiente de confianza, solo con dos de ellas conseguimos que compartiera más información durante la entrevista, las otras tres estaban muy inhibidas y no se logró que compartieran un poco más sus experiencias.

En la Casa Materna de Pantasma se había elegido a dos adolescentes para entrevistar, pero una de las entrevistas fue descartada debido a que en el momento estaba de visita su pareja (otro adolescente), y ella se inhibió totalmente de manera que era él quien respondía las preguntas.

A continuación, la reseña de las entrevistas realizadas a las adolescentes.

Aracelly

Trece años y 8 meses. Al momento de la entrevista, tenía 10 días de estar albergada en la Casa Materna de Jinotega, la vino a dejar el padre del bebé. La refirieron del Centro de Salud de Ayapal donde desde marzo 2012 ha recibido atención prenatal. Su embarazo ha transcurrido sin problemas.

Es hija de familia numerosa, su madre de 46 años de edad tuvo 24 hijos y el primero lo parió a los 12 años. Tiene 8 hermanas mayores, todas han tenido sus hijos siendo adolescentes.

Actualmente vive con el padre del bebé, un hombre de 30 años al que llama: "el marido mío". Dice que jalaron como un año y, que en diciembre de 2011 se fue con él. Aracelly llegó hasta tercer grado de primaria, abandonó la escuela un año antes de irse con su marido.

Al preguntarle si ella quería embarazarse respondió: "es que el marido mío no le gustaba que planificara porque él quería tener un hijo".

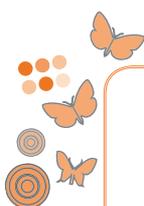
Sobre la atención recibida en la Casa Materna, expresa que se ha sentido bien



tratada, sin embargo, se queja de que no hay comida y que les han pedido colaboración económica y que ella andaba poco dinero. Su suegra la está acompañando y colabora en la elaboración de la comida.

Respecto a las actividades en que ha participado en la Casa Materna, colabora en la limpieza de la casa y de los jardines. En los diez días ha recibido dos charlas impartidas por una cooperante norteamericana. Estas charlas fueron sobre relaciones sexuales y el VIH, es la primera vez que recibe información sobre estos temas y le pareció interesante. La misma persona les enseñó a hacer peluches.

Le preguntamos sobre sus planes de futuro y respondió que no va a seguir estudiando porque: pensamos hacer casa y ya con casa uno tiene que estar allí. Ante la pregunta de si pensaba tener más hijos respondió que no, que su marido dice que solo van a tener éste.



Beatriz

13 años y medio, vive con su mamá, sus hermanos y la pareja de su mamá.

Había ingresado 4 días antes a la Casa Materna del Cuá donde fue remitida por dos doctoras que le dijeron que estaba pronta a parir y que era malo estar en la casa, la trasladaron los brigadistas del MINSA, llegó sola y el día siguiente llegó su mamá. Refiere que ha tenido un embarazo tranquilo, que no tiene miedo al dolor del parto, pero que tiene un poco de miedo porque dicen que se puede morir, pero si es la voluntad de Dios que me muera pues me muero.

Sobre la idea de tener al niño, no le preocupa porque su mamá la va a ayudar.

El padre del bebé tiene 17 años, se había ido con él, estuvieron juntos dos meses, luego ella regresó a su casa pero continuaron encontrándose.

Beatriz no quería salir embarazada, estuvo planificando con la inyección, pero un día de tantos el chavalo se dio cuenta que ella estaba planificando y le escondió la tarjeta del centro de salud, razón por la que no pudo seguir planificando. Cuando supo que



estaba embarazada, se lo comunicó a él, quien le negó todo apoyo. Ahora él anda diciendo que eso que ando no es de él, que saber de quién será, señaló Beatriz.

Sobre la reacción de su madre relata: no me dijo nada, solamente que se lo diera (el niño) a ella. Porque así yo puedo ir a trabajar y no andar pensando que ese niño es mío, y yo creo que sí porque me daría pena que me diga mamá (...), aunque sería feo que se criara como mi hermano. La información sobre planificación la obtuvo de su madre, quien sabía que ella iba al centro de salud por la inyección y que nunca se lo reprochó, pues tienen una buena relación y confianza.

Su mamá tiene 29 años, a los 13 salió embarazada, tuvo un hijo varón, su madre se lo quitó, el niño se crio como hermano de su propia madre, lleva los mismos apellidos de ella.

Sobre las actividades en las que ha participado en la Casa Materna dice que ayuda en la limpieza, que no le gusta la cocina. Me gustaría que hiciéramos otras cosas, como hacer jardines, limpiar; aquí hay un machete, pero no tiene filo.

No había recibido información acerca de la ley 779, después de la entrevista se le brindó información sobre sus derechos y manifestó estar dispuesta a demandar al padre del bebé para exigirle que reconozca al niño, y sabe que para ello contará con apoyo de su madre, pues no le parece justo que: cuando me vea agobiada, que solo yo, solo yo y él tranquilo.



Corina

17 años, este es su segundo embarazo, a los 14 tuvo su primer hijo. Cuando se fue con el novio (a los 14 años) andaba con la menstruación y creyó que no podía salir embarazada. Al momento de la entrevista tenía una semana de estar en la Casa Materna de Ayapal, donde fue trasladada por sus suegros para que todo salga bien.



Se fue con el novio a los 14 años, no sabe por qué lo hizo. Actualmente sigue con la misma pareja, él ahora tiene 21 años, cuando se fueron él tenía 18 años. Su mamá no le dijo nada. Creía que me iban a pegar pero no me dijeron nada, y estaban alegres porque iba a tener al niño. Dijo que con este embarazo ha estado triste porque le han dado malestares, dolores en la espalda, dolores en la pierna y que con el primer embarazo no sintió nada. No estaba planificando, respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos dijo conocer la inyección y expresó que después de este hijo va a planificar.

Se siente bien tratada por parte de las cuidadoras de la Casa Materna. Sobre las actividades que realizan mencionó la limpieza y las labores de cocina, hubo una charla pero no participó porque había salido a pasear.

Doris

Tiene 16 años, al momento de la entrevista tenía cuatro días de estar en la Casa Materna de Wamblán. El médico del centro de salud la refirió a la casa, está acompañada por su hermana. Su pareja, tiene 18 años, llevan dos años juntos. Doris estuvo planificando con pastillas durante dos años y medio, pero dejó de tomar las pastillas porque querían tener un bebé.

Vive sola con su pareja que trabaja en el campo, él no estudió solamente sabe leer y escribir, ella llegó hasta segundo año de secundaria. En la Casa Materna las actividades que realizan son limpiar, cocinar. Durante su estancia no han realizado actividades educativas.





Esmeralda

17 años, tenía una semana de estar albergada en la Casa Materna de Pantasma. A los 15 años comenzó a jalar y se fue de su casa con el novio que entonces tenía 23 años. Cuando se fue estaba estudiando y abandonó la escuela.

Estuvo planificando con la inyección. Su pareja quería que se embarazara desde el inicio, pero yo le dije no quiero tener un hijo mientras este donde la suegra. Que si quería que tuviera niño que me pusiera mi casa porque no quería vivir donde la suegra.

Su pareja “le puso casa” y entonces ella accedió a sus peticiones y dejó de planificar. La madre de ella reaccionó muy enojada, pues le decía que ella estaba de tonta pues su pareja salía y llegaba tarde, con el tiempo la familia terminó aceptando la relación.

Se sintió bien recibida en la Casa Materna, la han tratado bien y le han dado charlas sobre el embarazo. El trato es igual para las mujeres adultas y para las adolescentes, a ella le gustaría que den charlas de cómo prevenir los embarazos en la adolescencia.





VI. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico, el equipo consultor ha formulado las conclusiones siguientes:

Acerca de lo que piensan, saben y sienten las cuidadoras sobre la violencia y los embarazos tempranos:

1. En primer lugar, hay que mencionar que las concepciones, percepciones y sentimientos de las cuidadoras respecto a la violencia sexual y los embarazos tempranos, están estrechamente vinculados a las propias vivencias y a las concepciones que sobre el tema predominan en el contexto de exclusión social, pobreza, discriminación y maltrato. La mayoría de las entrevistadas experimentaron diversas formas de violencia en su infancia, adolescencia y a lo largo de su vida, sin haber tenido oportunidad de procesar esas experiencias.
2. En las entrevistas, tanto a las coordinadoras como a las cuidadoras, se identificó claramente que ellas son sensibles a la problemática de la violencia sexual, manifestando sentimientos de tristeza, conmoción, rabia, dolor. Además, las dificultades para actuar en apoyo a las mujeres y particularmente a las adolescentes, les provocan sentimientos de impotencia.
3. A pesar de la empatía que pueden sentir hacia las mujeres violentadas, llama poderosamente la atención como



las cuidadoras reproducen el esquema preponderante en la sociedad, que ante la violencia sexual tienden a “desculpabilizar” a los abusadores, atribuyendo la mayor responsabilidad a las familias y, de manera particular a las madres.

4. Igualmente, en lo que respecta a los embarazos tempranos, se observa una marcada tendencia a eximir de responsabilidad al hombre y a culpabilizar a las madres, a las familias o a las mismas adolescentes porque “son libertinas” o porque “no se cuidan”.
5. Respecto al grado de conocimiento sobre la violencia, la mayoría de las coordinadoras muestran manejo del tema y han sido capacitadas en distintos momentos. Las cuidadoras por su parte, aunque también admiten haber recibido capacitación, manifiestan que su grado de conocimiento es bastante general, por lo que demandan más capacitación y apoyo con materiales.

Sobre las capacidades y limitaciones de las cuidadoras para el abordaje

1. Las capacidades y limitaciones de las cuidadoras para hacer un buen abordaje de la violencia sexual y de los embarazos en niñas y adolescentes, están en gran medida determinadas por la propia naturaleza y rol de las Casas Maternas, pues este es un tema que no está contemplado en su quehacer entre otros factores por que:
 - Las Casas Maternas funcionan como albergues temporales, en muchos casos el paso de una mujer es breve, según las estadísticas de la Casa Materna de Jinotega, el promedio es de 7 días, lo que limita el desarrollo de acciones de carácter educativo, preventivo o de consejería.
 - Las Casas Maternas incluidas en este diagnóstico, a excepción de la Casa Departamental ubicada en Jinotega, funcionan con muy pocos recursos humanos. En una Casa Materna hay de forma permanente una sola persona. Las cuidadoras rotan en turno de día o noche y en algunos casos hacen la rotación semanal. Esta cuidadora cumple funciones organizativas, de logística, de coordinación de los servicios con la unidad de salud, lo que le deja muy poco tiempo para hacer una atención personalizada a las mujeres.
 - Aunque está previsto que en las Casas Maternas las mujeres albergadas participen en actividades de diversa naturaleza, como charlas, labor terapia (manualidades), durante la visita en ninguna de las casas se pudo observar la realización de actividades de esta naturaleza.

- 
2. A la Casa Materna, la niña o adolescente acude cuando ya está embarazada, si bien, las cuidadoras podrían ser capacitadas para hacer incidencia (mediante la consejería), en la prevención de un futuro embarazo, el seguimiento queda fuera de sus posibilidades.
 3. A pesar que han sido capacitadas y se les ha instruido en el uso de la guía para el registro de los casos de violencia, las cuidadoras tienen limitaciones para hacer el abordaje con la adolescente e identificar casos de violencia, tal como ellas mismas lo expresaron, este es un tema que les provoca mucho temor e inseguridad, porque dudan de poder contar con apoyo de los operadores de justicia, y sienten temor a represalias de parte de los abusadores. En algunos casos, la propia experiencia o el conocimiento de casos que fueron denunciados y quedaron impunes, actúan como un factor que desalienta la denuncia de parte de las víctimas y de las cuidadoras a involucrarse.
 4. Las cuidadoras de las Casas Maternas realizan esta labor de forma voluntaria. Aunque no perciben un salario, se puede apreciar que están comprometidas con el trabajo que realizan, no obstante, se observa, que en su labor prevalece un enfoque de caridad. Las usuarias son percibidas como seres desvalidos las “pobrecitas”, que “dan lástima”. Desde esa perspectiva, el servicio se vuelve asistencialista poniendo en riesgo la calidad de atención.

Tomando en cuenta que el propósito de las Casas Maternas va más allá de la mera provisión de servicios y apunta hacia la defensa y promoción de derechos humanos, es necesario desarrollar esfuerzos para fortalecer en las coordinadoras y cuidadoras la conciencia de derecho y que desde ellas mismas se empoderen y contribuyan a empoderar a las mujeres para la demanda de servicios de mayor calidad, en coordinación con las instituciones del estado y la sociedad en la lógica de la responsabilidad compartida.

Percepciones y opinión de las adolescentes entrevistadas

- Las adolescentes entrevistadas vienen de familias y comunidades donde es frecuente que las mujeres (mamá, hermanas, parientas, conocidas) han sido madres durante la adolescencia, por lo tanto, ni ellas, ni sus familias ven esto como un problema, además por lo frecuente que ocurre en la comunidad, esto no genera conflicto, se ve de lo más natural.
- A excepción de una de las entrevistadas, que no estaba con la pareja, el resto de las adolescentes, se muestra complacida y expresan orgullo de tener “marido” aunque no están formalmente casadas. Por la actitud que adoptan, se puede percibir que para ellas el hecho de tener un marido y de



tener casa propia, las hace sentirse importantes, valoradas socialmente.

- En todos los casos, ellas se embarazaron porque el hombre deseaba que así fuera, aunque ninguna admite que quería embarazarse, lo terminan aceptando como si se tratara de su destino; ninguna considera que ha sido objeto de violencia por parte de su pareja. El hecho que el hombre sea quien decida e imponga su deseo, parece ser aceptado y asumido con naturalidad.
- Es evidente el poder que tienen los hombres sobre las mujeres. Aunque la mayoría de las adolescentes entrevistadas reconocieron contar con información sobre métodos anticonceptivos, la decisión en cuanto al uso o no del método no la tomaron ellas, lo que nos indica que el factor determinante en la prevención de los embarazos no es la información ni el acceso al método, sino la falta de autonomía de las adolescentes para decidir sobre sus cuerpos y su vida reproductiva.
- Un dato que debe mover a la reflexión y a la acción es que aún cuando estuvieron integradas a la educación formal, todas las adolescentes abandonaron la escuela y no se plantean como opción continuar estudiando. Esto podría estarnos indicando que el sistema educativo está fallando, y que la escuela no representan una alternativa para la búsqueda de desarrollo personal.

Vinculado a lo anterior, está el hecho de que las adolescentes entrevistadas no tengan planes de futuro, ninguna de ellas expresó más perspectiva en el horizonte temporal que dedicarse a cuidar del marido, del hijo y de la casa.

- Respecto de la satisfacción de los servicios recibidos en la Casa Materna, en las adolescentes entrevistadas, se observó que prevalece una actitud pasiva y poco crítica, lo que posiblemente es reflejo de la cultura rural, en la que la población, que por falta de conocimiento y conciencia de sus derechos, tiende a asumir una actitud subordinada ante las instituciones prestadoras de servicios, por lo que no cuestionan y no proponen cambios para mejorar el servicio recibido.

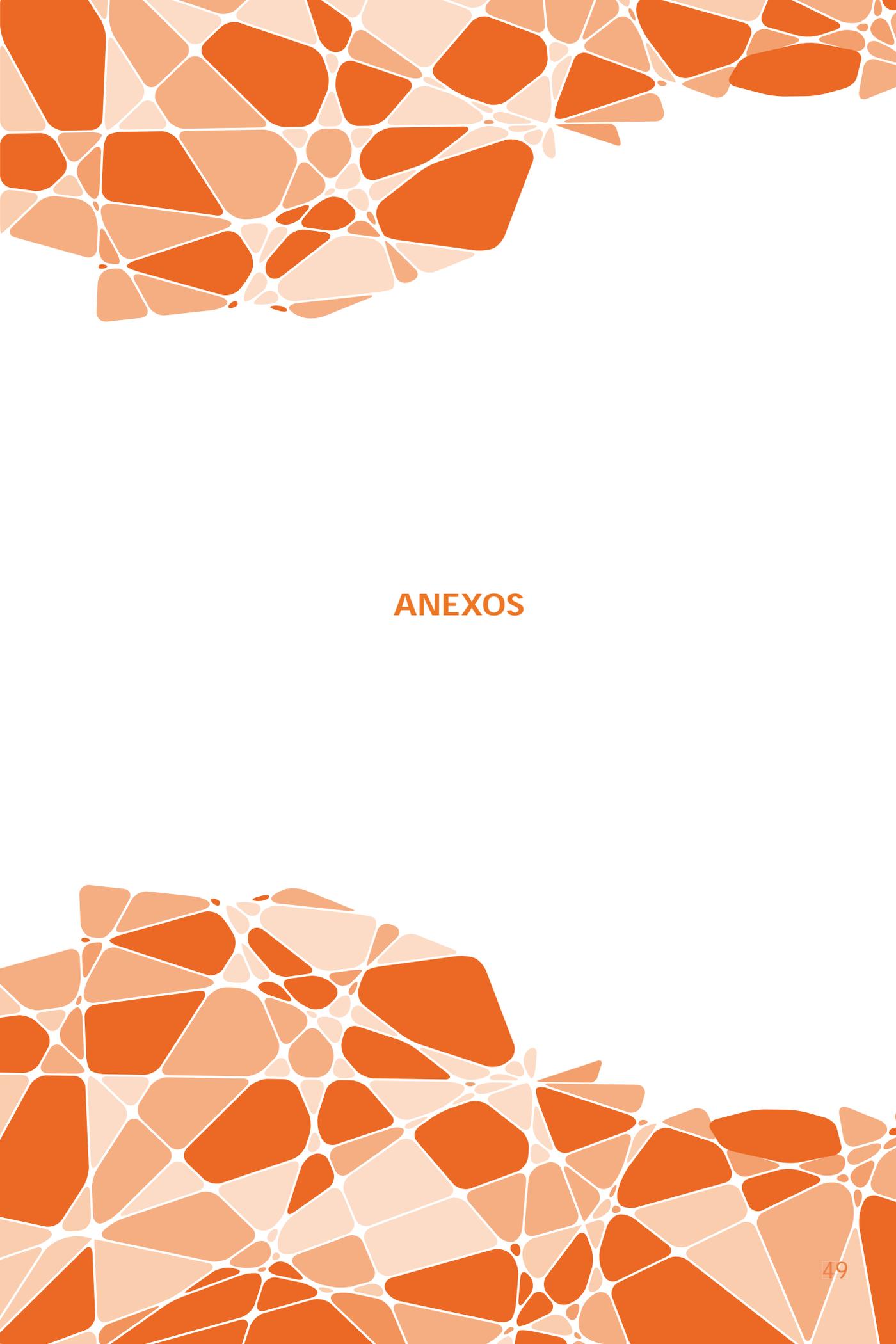
Reflexiones finales

- Si bien las Casas Maternas tienen contemplado entre sus estrategias la prevención de la violencia y la protección de los derechos de la niñez y adolescencia, en la práctica no cuentan con las condiciones necesarias para el desarrollo de acciones en esta línea. Existen limitaciones de infraestructura, materiales y medios de trabajo, así como la falta de capacidades reales de las cuidadoras para asumir esta tarea con todas las implicaciones que tiene, tanto por la carga emocional que conlleva, como por la responsabilidad ante las mujeres y la evidente falta de apoyo y sinergia con los operadores de justicia (policía, fiscalía, juzgados).
- El factor cultural actúa en contra de cualquier esfuerzo que se haga para la detección, atención y denuncia de la violencia dado que aunque la cuidadora esté sensibilizada y capacitada para el abordaje, la labor de identificación y atención de los casos se ve obstaculizada por el encubrimiento o negación de la violencia por parte de las mismas víctimas y de sus familias.

Esta “naturalización” de los embarazos tempranos, y en cierto grado de tolerancia social ante la violencia sexual, está relacionada con la frecuencia e historicidad del fenómeno, así como al escaso o nulo reconocimiento de los derechos de las mujeres y en particular de las niñas y adolescentes, que son consideradas como seres de menor valía y objetos de propiedad.

- En un contexto de pobreza, de exclusión social y de falta de oportunidades, donde la maternidad es enaltecida y celebrada, no es extraño que las adolescentes aspiren a ser madres, como una forma de alcanzar un estatus y ser validadas socialmente. Este es un factor que actúa en contra de las iniciativas para la prevención de la violencia y los embarazos impuestos.
- Es preciso, revisar la mirada que desde las organizaciones y desde el sector salud se tiene sobre la problemática y las estrategias de solución, ya que tanto las familias y las adolescentes y las comunidades no lo están viendo como un problema.
- Las cuidadoras y todo personal que trabaja en la atención a niñas y adolescentes precisan fortalecerse con conocimientos, habilidades y destrezas personales e incorporar un enfoque de derechos, que les permita trascender el asistencialismo y ver a las mujeres en general y a las adolescentes en particular como personas con derechos y no solo como receptoras de servicios.

- 
- La labor que realizan las coordinadoras y cuidadoras de las Casas Maternas es digna de respeto, trabajan en base a la voluntariedad y sentido de solidaridad. Proviene de las mismas comunidades que las usuarias, les afectan los mismos problemas y encima están sometidas al stress adicional, ya que además de ser madres, esposas, hijas y de las responsabilidades personales y familiares, les toca hacerse cargo de cuidar a otras. Es preciso reconocer esta realidad y brindar espacios de auto-cuido y desarrollo personal.
 - La naturaleza de su trabajo, la cantidad y calidad de los recursos humanos, las dificultades materiales y la falta de apoyo de otras instancias responsables de atender la problemática de la violencia, son factores que limitan significativamente la posibilidad de las Casas Maternas para hacer por sí mismas una labor que impacte en la prevención de la violencia y en la atención y protección a las niñas y adolescentes. Un abordaje integral es una responsabilidad que sobrepasa sus capacidades reales, de allí la necesidad de un trabajo articulado con Ministerio de Salud, ONGs y redes comunitarias.



ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de consentimiento informado de la participante

Hola, mi nombre es_____. Estoy trabajando para Ipas¹⁷. Estamos realizando un diagnóstico en las Casas Maternas del Departamento de Jinotega, para conocer más del trabajo que ustedes realizan en las Casas Maternas y de sus experiencias de vida.

Usted ha sido seleccionada para participar en este diagnóstico.

Deseo asegurarle que todas sus respuestas se mantendrán en estricto secreto. No conservaré un registro de su nombre y dirección. Tendrá derecho a interrumpir la entrevista en cualquier momento o no responder a alguna pregunta si no lo desea. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Algunas de las preguntas tienen carácter personal y puede ser difícil hablar de ellos, pero muchas mujeres han encontrado útil tener la oportunidad de hablar.

Aunque su participación es completamente voluntaria, sus experiencias nos podrían ser muy útiles para apoyarles en el trabajo que ustedes y otras mujeres realizan.

¿Tiene alguna pregunta?

(La entrevista dura un poco más de hora y media) ¿Está de acuerdo en que se le entreviste?

ANOTE SI LA PERSONA CONSIENTE EN QUE SE LE ENTREVISTE.

NO DESEA QUE SE LE ENTREVISTE. AGRADEZCA A LA PERSONA POR SU TIEMPO Y DÉ POR TERMINADA LA INTERACCIÓN.

ESTÁ DE ACUERDO CON QUE SE LE ENTREVISTE.

Es muy importante que hablemos en privado. ¿Es éste un buen lugar para la entrevista o preferiría algún otro lugar? Asegurarse que la participante cuenta en ese momento con tiempo para dedicarlo a la entrevista.

17 Explicar que Ipas es una organización que trabaja por la salud, y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, además aclarar que Ipas trabaja apoyando la labor de las Casas Maternas.

ANEXO 2

GUÍA ENTREVISTA A CUIDADORAS

Primer paso: Obtener el consentimiento informado de la participante

Paso 2: Llenar la ficha de datos demográficos

Paso 3: Entrevista

Historia Personal:

Quisiera que me contara un poco acerca de su infancia, ¿Qué recuerdos tiene desde pequeña hasta los 12 años?, con quien se crio, cómo era la relación con su mamá; y con su papá. Cómo se llevaba con sus hermanos y hermanas.

1. Cuáles eran sus juegos preferidos ¿Cuáles son las cosas más bonitas que recuerde de esa época?, ¿qué es lo que menos le gustó de su infancia?
2. Hábleme ahora de su adolescencia (13 a los 18); cómo era su vida, ¿qué hacía?, cómo era la relación con su familia (mamá, papá, hermanos). ¿Qué hacía en esa época? Estudiaba, trabajaba, cuénteme sobre tus amistades, cuénteme sobre experiencias de enamorados o novios. ¿A qué edad tuvo su primera regla, y su primera sexual?, ¿qué recuerda de esa experiencia, ¿cómo se sintió?
3. Preguntar si durante la infancia y adolescencia hubo violencia: que tipos de violencia hubo y quien o quienes la ejercían. (En su propia experiencia o de su entorno familiar inmediato).
4. Y sobre su juventud (19 a 29), ¿qué me puede contar? A medida que avanza en el relato adultez explorando aspectos relativos a las relaciones familiares y sociales (escolarización, pertenencia a alguna iglesia u organización), experiencia de trabajo.
5. ¿A qué edad inicio su vida de pareja?, está o ha estado casada o acompañada, ¿cuáles han sido las cosas más bonitas de la vida en pareja?, ¿qué le gustaría que hubiese sido distinto de esta etapa de su vida?
6. Ahora cuéntame sobre su vida actual ya de adulta. Actualmente con quien vive, a que se dedicas, ¿cómo se sientes en su hogar? ¿qué le gusta hacer en su tiempo libre? ¿en qué tipo de actividades religiosas, comunitarias participa?

Historia en relación al trabajo que desempeña:

Hablemos un poco de tu experiencia en el trabajo de la Casa Materna, ¿cómo fue que te captaron para trabajar con las mujeres, que te animó a venir a la CM? Que es lo que más te gusta de lo que hacen en la Casa Materna.

1. ¿Qué piensa de los embarazos de niñas y adolescentes productos de violación?, ¿Por qué ocurren? ¿Cómo podrían evitarse la violencia sexual y los embarazos forzados? ¿Cómo cree que ve estas situaciones la gente de tu comunidad? ¿Qué se está haciendo en la comunidad respecto a estas situaciones?
2. En lo personal, ¿cómo se siente cuando llega a la Casa Materna una niña o adolescente embarazada?, ¿Cómo hacen ustedes para detectar si ese embarazo fue producto de violación?, ¿podría darme un ejemplo de los síntomas que la hacen sospechar de que la niña o adolescente ha sido embarazada por una violación? En general en su experiencia, ¿cómo reacciona las madres y otros familiares ante estas situaciones?
3. ¿Cómo apoyan a las víctimas para protegerlas o definir un plan de seguridad? ¿cuáles son las principales dificultades o temores al hacer una denuncia y apoyar a las víctimas?
4. ¿Cómo se sienten al entrevistar a una niña o adolescente víctima de violencia, ¿qué temas les resulta difícil abordar? qué tipo de apoyo necesitan ustedes para poder hacer un mejor trabajo en este tema?

Finalice la entrevista agradeciendo a la mujer por el tiempo brindado y preguntando como se sintió durante la entrevista.

ANEXO 3

GUÍA DE ENTREVISTA USUARIAS CASA MATERNA

Primer paso: Obtener el consentimiento informado de la participante

Explicar que la entrevista es anónima pero que nos gustaría darle un nombre, le damos la opción que ella elija un nombre ficticio:

Segundo paso: Llenar ficha de datos demográficos

Tercer paso: realizar entrevista

PREGUNTAS GENERADORAS

1. Cuéntame ¿cuántos días tienes que haber llegado a la Casa Materna?: _____
2. Indagar quien (persona o institución la remitió a la casa materna), Preguntar si ella estuvo de acuerdo (si quería venir) o quien tomó la decisión de que viniera, ¿qué le dijeron?
3. Llegó sola o la acompañaron, ¿quién la acompañó?
4. ¿Cómo te has sentido durante el embarazo?, ¿has tenido algún tipo de malestares, dolores? ¿Cómo estás durmiendo?, ¿te da mucha hambre o poca hambre?, como dirías que te sientes. Tranquila, triste, preocupada, contenta, asustada.
5. ¿Este es tu primer embarazo? ¿Cuáles son tus principales preocupaciones sobre el parto? Y después, ¿qué es lo que más te asusta o te preocupa de esto?
6. Si no es su primer embarazo, indagar sobre el o los anteriores, como sucedieron, fueron productos de violación o coacción, etc.
7. Podrías contarme un poco como fue que te embarazaste. ¿Tuviste relaciones sexuales por tu propia voluntad o él te forzó? ¿te ofreció algo a cambio, te amenazó de alguna forma?

8. ¿Él es pariente tuyo, eran amigos o novios? ¿Cuántos años tiene el? ¿están juntos actualmente?
9. Vos o tu familia han hecho alguna denuncia por el caso de violación, ¿cuál ha sido el resultado?, si no se ha hecho la denuncia explorar las razones.
10. ¿Te han informado en la Casa Materna sobre la posibilidad de denunciar una violación? ¿Te han ofrecido apoyo para hacer la denuncia?
11. Como reaccionó tu familia al embarazo, si decidieras hacer la denuncia que diría tu mamá y las otras personas de tu familia, ¿crees que te apoyarían?
12. ¿Por qué crees las chavalas como vos se embarazan tan jóvenes?
13. ¿Cómo se siente en la Casa Materna?, ¿Qué tipo de servicios recibido y en qué actividades ha participado? , Indagar que tipo de información le han brindado en la Casa Materna, como se ha sentido tratada, ¿Cree que la Casa Materna les da la atención que necesitan las adolescentes? ¿qué le gustaría que mejorara?

ANEXO 4

Consolidado datos demográficos CUIDADORAS Casas Maternas

Código	Edad	Escolaridad						Religión	E. Civil				Cargo	Tiempo en la CM
		P.I	P.C	S.I	S.C.	Tec	Otro		S	A	C	V		
1-12	40			X		X	Auxiliar de enfermería	ninguna	x				Cuidadora	17 años
1-23	62					X	Enfermera	Católica				X	Enfermera	10 años
1-32	48		x				Partera	Evangélica			X		Cuidadora	5 años
2-11	40			X				Católica		X			Coordinadora	6 años
2-22	27				X	X	Universitaria- Estudiante banca y finanzas	Católica			X		Cuidadora	6.5 años
3-11	46			X		X		Católica			X		Coordinadora	6 años
3-22	44			X		X	Técnica Agropecuaria	Católica			X		Cuidadora	8 años
3-32	48			X				Católica		X			Cuidadora	2 años
4-11	37			X				Católica			X		Coordinadora	7 años
4-22	21			X				Católica	x				Cuidadora	4 años
5-11	52			X				Evangélica			X		Vice coord.	10 años
5-23	30					X	Enfermera	Católica		X			Enfermera	7 meses
6-11	51			X				Católica			X		Coordinadora	5 años
6-22	37	X						Evangélica			X		Cuidadora	10 meses
7-12	51	X						Evangélica	x				Cuidadora	4 años
8-11	34		X					Evangélica	x				Coordinadora	8 meses
8-22	42			X				Católica	x				Cuidadora	6 meses
9-11	50		X					Evangélica	x				Coordinadora	8 meses
9-22	61		X					Evangélica			X		Cuidadora	8 meses

ANEXO 5
ESTADISTICAS REGISTRO MUJERES ALBERGADAS EN LAS CASAS
MATERNAS
ENERO A NOVIEMBRE 2012

Jinotega								
Mes	Total general	Adolescentes	Edad					
			13	14	15	16	17	18
Enero	52	15			1	6	1	7
Febrero	45	15		1	1	7	1	5
Marzo	39	8	1		1	4	2	
Abril	53	14		1	3	4	4	2
Mayo	56	17		1	2	4	2	8
Junio	53	12		2		3	5	2
Julio	55	11		1	3	3	2	2
Agosto	56	16	1	3	1	3	6	2
Septiembre	54	14			6	2	3	3
Octubre	40	9	1	1	1	1	4	1
Noviembre	48	9		1	2	2	2	2
Total	551	145	3	11	22	40	33	36
%		26.3%						

El Cuá								
Mes	Total general	Adolescentes	Edad					
			13	14	15	16	17	18
Enero	20	3			1		1	1
Febrero	15	3				1	2	
Marzo	31	5				1	3	1
Abril	15	2				1		1
Mayo	26	11		1	1	5	2	2
Junio	16	4		1		1	1	1
Julio	22	5			1		3	1
Agosto	21	4				3	1	
Septiembre	33	13		1		3	6	3
Octubre	32	9			4	3	2	
Noviembre	9	4	1			1	1	1
Total	240	63	1	3	7	19	22	11
%		26.25%						

Santa María de Pantasma							
Mes	Total general	Adolescentes	Edad				
			14	15	16	17	18
Marzo	16	5		2	2		1
Abril	7	1		1			
Mayo	11	2				1	1
Junio	21	8			3	2	3
Julio	6	5	1		3	1	
Agosto	25	11		2	5	2	2
Septiembre	25	8		1	1	4	2
Octubre	28	5			3	1	1
Noviembre	15	8	1	1	3	2	1
Total	154	53	2	7	18	13	11
%		34.4%					

Ayapal							
Mes	Total general	Adolescentes	Edad				
			14	15	16	17	18
Enero	11	5		1	2	1	1
Febrero	11	2		1	1		
Marzo	8	1					1
Abril	14	7	1	2	3	1	
Mayo	18	5				3	2
Junio	8	2		1			1
Julio	23	10			1	3	6
Agosto	15	2	1	1			
Septiembre	19	8	2	1	3	2	
Octubre	20	5		1	1	2	1
Noviembre	10	2		1		1	
Total	157	49	4	9	11	13	12
%		31.2%					

Wamblan								
Mes	Total general	Adolescentes	Edad					
			13	14	15	16	17	18
Enero	18	7				5	2	
Febrero	14	1					1	
Marzo	16	5			1		2	2
Abril	16	5			1		1	3
Mayo	14	2					1	1
Junio	13	5				3	1	1
Julio	11	3				1	1	1
Agosto	5	3				1	1	1
Septiembre	13	3					2	1
Octubre	12	4			1		2	1
Noviembre	4	1				1		
Total	138	39			3	11	14	11
%		28.2%						

Wiwili								
Mes	Total general	Adolescentes	Edad					
			13	14	15	16	17	18
Enero	46	11			2	5	2	2
Febrero	36	7				3	3	1
Marzo	46	8				1	6	1
Abril	37	11			2	5	4	
Mayo	42	7		1	1	1	2	2
Junio	33	12		1	1	3	5	2
Julio	53	20		2	2	8	6	2
Agosto	69	19		2	3	5	7	2
Septiembre	62	22	1		3	6	7	5
Octubre	56	14			1	2	4	7
Noviembre	31	4					3	1
Total	511	135	1	6	15	39	49	25
%		26.4%						

San Sebastián de Yalí								
Mes	Total general	Adolescentes	Edad					
			13	14	15	16	17	18
Enero	26	5			1	1	1	2
Febrero	18	3					2	1
Marzo	11	5					3	2
Abril	6	-						
Mayo	13	4			1	2		1
Junio	7	2				1	1	
Julio	14	4		1		2	1	
Agosto	10	2				2		
Septiembre	26	8		1	1	3	1	2
Octubre	10	3					2	1
Noviembre	5	1				1		
Total	146	37		2	3	12	11	9
%		25.3%						

