

ANTICONCEPCIÓN EN ANDALUCÍA

2. Representaciones,
discursos y prácticas de
adolescentes y adultas,
con y sin discapacidad

ANTICONCEPCIÓN EN ANDALUCÍA

2. Representaciones, discursos y prácticas de adolescentes y adultas, con y sin discapacidad

Informe de investigación para la Consejería de Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales

AUTORES:

CARMUCA GÓMEZ BUENO (DIR)

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

HÉLÈNE BRETIN Y ROCÍO PUENTE NAVAS

EQUIPO DE CAMPO:

LAYLA HAMED ALÍ, PEDRO MATAS GONZÁLEZ Y VANESSA JIMÉNEZ MUÑOZ

GÓMEZ BUENO, Carmuca
*Anticoncepción en Andalucía. 2.
representaciones, discursos y prácticas de
adolescentes y adultas con y sin discapacidad
/ autoras, Carmuca Gómez Bueno (dir), Hélène
Bretin, Rocío Puente Navas. -- [Sevilla] :
Consejería de Salud, [2011]
Texto electrónico (pdf)
1. Anticoncepción 2. Mujeres 3. Personas
con discapacidad 4. Informes de investigación
5. Andalucía I. Bretin, Hélène II. Puente
Navas, Rocío III. Andalucía. Consejería de
Salud IV. Título
WP 630*

Carmuca Gómez-Bueno, profesora titular, Facultad de
Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada.
Grupo de investigación SEJ-339 (cgomez@ugr.es).

Hélène Bretin, profesora titular, UFR Santé, Médecin,
Biologie Humaine, Université Paris 13, Iris- UMR 8156 CNRS
Inserm-997, EHESS, U.P.13 (helene.bretin@gmail.com).

Rocío Puente Navas, médico de familia en Atención
Primaria. Distrito Sanitario Metropolitano de Granada
(puentenavas@gmail.com).

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-694-1960-1

DEPÓSITO LEGAL:

MAQUETACIÓN: Obemedia SC

IMPRENTA:

INDICE

PRESENTACIÓN.....	9
I- REPRESENTACIONES, DISCURSOS Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.....	10
1. LAS CHICAS MENORES DE 21 AÑOS.....	10
1.1 LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL: ENTRE EL TABÚ RELIGIOSO Y EL FAMILIAR	10
1.2 LA EDUCACIÓN FORMAL: LAS CHARLAS DEL INSTITUTO	14
1.3 LA COMUNICACIÓN CON LOS SANITARIOS.....	16
1.4 LAS FUENTES INFORMALES: AMIGAS, INTERNET, TELEVISIÓN Y REVISTAS	19
1.5 LAS CHICAS, EL AMOR Y EL SEXO: UN MAR DE DUDAS.....	21
1.6 PRÁCTICAS Y TRAYECTORIAS ANTICONCEPTIVAS.....	28
1.7 SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL Y CONFIGURACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS VITALES	36
2. LOS CHICOS MENORES DE 21 AÑOS, DE CLASE OBRERA Y DEL MEDIO RURAL	39
2.1 ¿DÓNDE Y DE QUÉ SE INFORMAN LOS CHAVALES?.....	39
2.2. LA INCORPORACIÓN DE LOS SABERES EXPERTOS	42
2.3 LA LÓGICA MASCULINA Y LA PROTECCIÓN DEL MIEMBRO VIRIL.....	43
2.4 EL MACHISMO IMPERANTE	45
2.5 TRAYECTORIAS SEXUALES Y DESORDENES AMOROSOS.....	46
2.6. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS: EL PRESERVATIVO	51
2.7 POSICIONAMIENTOS ANTE EL ABORTO.....	56
2.8. SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL, PREOCUPACIONES DIFERENTES	57
3. MÁS ALLÁ DE LA VEINTENA	59
3.1 SEXO SIN PROTECCIÓN.....	59
3.2 CONOCIMIENTO GENERAL, SI HAY	61
3.3 ... PERO FALTA INFORMACIÓN PRECISA PARA INCORPORAR PRÁCTICAS SEGURAS	62
3.4 LOS ANTICONCEPTIVOS EN USO	64
3.5 LAS BARRERAS Y POTENCIALIDADES DEL SISTEMA SANITARIO	66
3.6 LA MATERNIDAD: DIFÍCIL DECISIÓN	71
II. REPRESENTACIONES, DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD.....	73
1. BARRERAS A LA ANTICONCEPCIÓN COMUNES A LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD.....	73
1.1. BARRERAS DE CONCIENCIACIÓN	74
1.2 BARRERAS SANITARIAS	80
2. BARRERAS ESPECÍFICAS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA.....	85
2.1. LA ACCESIBILIDAD COMO DERECHO HUMANO.....	85
2.2. LA DESINCENTIVACIÓN COMO ESTRATEGIA SANITARIA.....	86
2.3. LA SENSIBILIDAD Y EL PLACER: “SE PIENSA QUE NO TENEMOS SENSIBILIDAD ORGÁSMICA PERO SÍ LA TENEMOS”. ...	87
2.4. LOS ESPACIOS Y LAS POSTURAS	87
2.5 RECOMENDACIONES MÉDICAS NO ADAPTADAS.....	87
3. BARRERAS DE ACCESO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL	89
3.1. LA BARRERA DE LA COMUNICACIÓN	89
3.2. LAS FUENTES DE INFORMACIÓN MANEJADAS	90
3.3. LAS OPCIONES ANTICONCEPTIVAS ADOPTADAS	93

3.4. CONDICIONES DE ADHESIÓN AL MÉTODO PRESCRITO / RECOMENDADO : EL DOBLE MÉTODO	96
3.5. CONECTAR, CONOCER, COMUNICAR, LIGAR: EL PRIMER ACERCAMIENTO COMO EL GRAN OBSTÁCULO	97
4. BARRERAS DE ACCESO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	100
4.1. LA DISCAPACIDAD INVISIBLE.....	100
4.2. LENGUA DE SIGNOS VERSUS ORALIDAD	101
4.3. EL AISLAMIENTO: ENTORNO FAMILIAR DE OYENTES / SORDOS.....	102
4.4. LA LENGUA Y LA RELIGIÓN COMO FRENOS A LA COMUNICACIÓN: “TE VA PASANDO Y VAS APRENDIENDO”	103
4.5. LAS FUENTES DE INFORMACIÓN CLÁSICAS Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS	105
4.6. INFORMACIÓN CLARA Y DIRECTA : NADA DE JUEGOS DE PALABRAS NI DOBLES SENTIDOS	107
4.7. LA COMUNICACIÓN CON LOS SANITARIOS Y EL INTÉRPRETE	107
4.8. LAS MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS ADOPTADAS.....	109
5. BARRERAS DE ACCESO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD ORGÁNICA	111
5.1. NECESIDADES DE RECONOCIMIENTO, INCLUSIÓN E INFORMACIÓN	111
5.2. RECLAMANDO PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS	112
6. LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL: FUENTE DE CONFLICTO ENTRE COLECTIVOS .	113
7. EXPECTATIVA COMÚN: LA MATERNIDAD	115
IV. CONCLUSIONES: PROBLEMÁTICAS COMUNES, SOLUCIONES ADAPTADAS	118
V. PROPUESTA DE ACCIONES ESTRATÉGICAS	123
1. DIRIGIDAS A TODA LA POBLACIÓN	123
2. DIRIGIDAS A LAS Y LOS MENORES DE 21 AÑOS.....	123
3. DIRIGIDAS A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	124
VI. PROPUESTA DE CAMPAÑAS INFORMATIVAS	126
1. DIRIGIDAS A CHICAS MENORES DE 21.....	126
2. DIRIGIDAS A CHICOS MENORES DE 21	126
3. DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN GENERAL: CHICOS, CHICAS Y PERSONAS DE EDAD, CON Y SIN DISCAPACIDAD	127
4. DIRIGIDAS A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	127
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXO 1. DISEÑO METODOLÓGICO	130
1. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	130
2. CRITERIOS DE SEGMENTACIÓN DE LA MUESTRA Y ESTRATEGIAS DE CONTACTACIÓN	131
3. DISEÑO DEL CAMPO	132
3.1 ENTREVISTAS PERSONALES EN PROFUNDIDAD	132
3.2. GRUPOS DE DISCUSIÓN Y REUNIONES DE GRUPO.....	133
3.3. GUIÓN DE ENTREVISTA Y PROVOCACIÓN INICIAL	133
3.4 CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS EN PROFUNDIDAD	136
3.5 DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN Y REUNIONES DE GRUPO Y CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES.	139
4. TABLA RESUMEN, TRABAJO DE CAMPO.....	146
ANEXO 2: CONTRATO DE ‘FOLLAMIG@S’, EXTRAÍDO DE LA PÁGINA WEB DEL ‘TUENTI’	148

PRESENTACIÓN

Comprender las representaciones que sobre los anticonceptivos manejan diferentes grupos poblacionales (chicas y chicos menores de 21 años, mujeres adultas y mujeres con diferentes tipos de discapacidad o discapacidad), así como el uso que hacen de ellos, suponía realizar un amplio trabajo de campo sobre un tema sensible e íntimo. Tema que reclama el uso de una metodología cualitativa. Utilizamos como técnicas de producción de información las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión. Además, para adaptarnos a poblaciones específicas, como las mujeres con discapacidad auditiva introducimos variaciones sobre las citadas técnicas. Esta población suponía un reto para la investigación. Para afrontarlo incorporamos al equipo a una futura socióloga con alteración auditiva y bilingüe; además del español la lengua de signos es su lengua materna. Fue en lengua de signos como realizamos la mayor parte del campo con las mujeres sordas. La comunicación con el resto de poblaciones no suponía dificultades específicas.

Éstas técnicas nos garantizan el acceso a los aspectos socio-simbólicos de la realidad social (a conjugar con aquellos otros aspectos socio-estructurales). Tanto las presiones sociales como las representaciones colectivas sobre la salud, el riesgo, el placer, la utilidad de los métodos y sus efectos sobre la salud y la estética, el trato recibido en los servicios de salud, ... son aspectos socio-simbólicos de la realidad social que condicionan las prácticas y, por tanto, intentamos comprender. Así como las estrategias de apropiación de los discursos circulantes (expertos y populares), que utilizan los diferentes colectivos. Es decir, prestamos especial atención a las estrategias de interpretación y apropiación de los discursos de especialistas y amistades.

El presente informe está organizado en tres grandes bloques: en el primero exponemos los análisis por grupos de edad y sexo, en el segundo por tipo de discapacidad y en el tercero las conclusiones y propuestas de acciones estratégicas y campañas informativas. Y, dos anexos: en el anexo 1 presentamos la metodología: el diseño de la investigación, las técnicas y estrategias seguidas en cada una de las fases, las acotaciones introducidas y una guía (para interpretar las siglas y convenciones adoptadas para garantizar el anonimato de las informantes) además de la caracterización de los informantes. En él, encontrarán una breve descripción de las características socio demográficas de cada una de las y los entrevistados y de los participantes en los grupos. Para terminar, aportamos una tabla resumen con algunos rasgos especialmente relevantes para la investigación que puede utilizarse a modo de guía de lectura. Piénsese que fueron alrededor de un centenar de personas las que colaboraron en esta investigación y que, a medida que se avanza en la lectura pueden ir surgiendo interrogantes; con la intención de responder a esos posibles interrogantes adjuntamos la caracterización y la tabla resumen del trabajo de campo. El anexo 2 es un contrato referido por los informantes y extraído del 'tuenti'.

Desde aquí nuestro agradecimiento a todas y todos aquellos que, de una u otra forma, han hecho posible el desarrollo de este trabajo. Confiamos en ser capaces de reflejar en este informe la riqueza y generosidad de sus aportaciones y confidencias. También su agudo sentido del humor. Este informe pretende ser nuestra pequeña aportación a sus múltiples causas.

I- REPRESENTACIONES, DISCURSOS Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Presentamos primero los discursos de las chicas menores de 21 años, y, después los de los chicos de esas edades. Comparamos sus representaciones y prácticas y las completamos con las aportaciones de un grupo de universitarios (22 a 27 años). Para, a continuación, centrarnos en cómo afrontan y resuelven los temas anticonceptivos las mujeres de entre 26 y 36 años.

Para captar la visión, las representaciones colectivas y las prácticas anticonceptivas de las chicas de 20 años o menos, contamos con la información producida a través de: 5 entrevistas a chicas: 2 de clase media (E1, 15 años y E7, 20 años) y 3 de clase baja (E2, 18 años ; E5, 17 años y E6, 19 años) y de dos grupos de discusión: el GD1, con la participación de 6 chicas de 16 años, de bachiller y de clase obrera (Granada), el GD2, formado por 8 alumnas de bachiller (17 y 18 años) de clase obrera y del medio rural (La Palma del Condado, Huelva). Además, contamos con la información aportada por 3 entrevistas a chicos (E15, 16 años y clase obrera; E16, 17 años y clase media, y, E9, 19 años y clase baja) y el GD3, configurado por 8 chicos de 16 a 18 años de FP de electricidad, de clase obrera y de Huelva (Jaén)¹. Para ver como se consolidan o cambian las representaciones y prácticas contamos, también con la información del GD4, un grupo de universitarios de entre 22 y 27 años, de clase media y medio urbano (Granada).

1. Las chicas menores de 21 años

Una iniciación a la sexualidad cada vez más temprana no siempre significa una iniciación más desprotegida. Ésta circunstancia se da preferentemente en aquellas chicas de familias y centros religiosos que no han recibido educación afectivo sexual. El alumnado de los centros públicos, en general, ha sido informado a través de charlas en 3º-4º de E.S.O. (entre 14 y 16 años): demasiado tarde, según algunas. La familia sigue sin abordar la educación afectivo sexual de los descendientes. En ocasiones, la madre recurre al médico para que se encargue de explicar y asesorar a las menores, ese tándem madre-médico/a, funciona. Pero, para la mayoría, son los iguales (amigas o amigos), Internet, la televisión y las revistas quienes sustituyen a los progenitores. Así, encontramos una población que contando con poca información sobre anticonceptivos y con ninguna sobre afectividad o relaciones eróticas no coitales, considera saberlo todo y contar con amplia experiencia.

1.1 La educación afectivo-sexual: entre el tabú religioso y el familiar

Si algo hay contrario a la normalización de unas relaciones afectivo sexuales fundamentadas en la comunicación, la confianza y el conocimiento, que aporten la posibilidad de disfrutar de las relaciones en condiciones de igualdad y con seguridad (prevención), es su ocultamiento; su negación. El tabú de la sexualidad es cultivado y mantenido por dos de las principales instituciones sociales: la familia y la iglesia. En el polo opuesto trabajan dos instituciones públicas: la sanitaria y la educativa. Este es el panorama general aunque se observan importantes excepciones y variaciones ideológicas. Así las cosas, serán las chicas de familias y centros religiosos las menos informadas y, las más expuestas a relaciones sexuales de riesgo, por simple desconocimiento. Hay otros grupos de chicas expuestos al riesgo pero por elección (presión) ; teniendo información optan por no usar protección: como estrategia para afianzar la relación, mostrando así su confianza en la pareja ; porque no les gusta el preservativo y se niegan a medicalizarse ...

1.1.1 “Si sale una pareja dándose un beso en la tele, y: ¡niña cambia eso!”

La percepción que tienen las menores de cómo les educan sus padres, oscila entre la comprensión de sus preocupaciones por el riesgo que supone un embarazo no deseado y el cuestionamiento de la utilidad de tanta preocupación y tanto control (si no se quedan embarazadas es porque ellas no quieren, no porque

1.- Ver la caracterización de los participantes en el anexo 1. Fueron un total de 38 menores de 20 años los que colaboraron en la investigación, entre entrevistados y participantes en los grupos de discusión.

se lo repitan una y otra vez, señalan). No obstante, las chicas muestran total acuerdo en que un embarazo a su edad: “te arruina la vida”. En esto coinciden con los chavales, todos han incorporado el modelo social de la maternidad / paternidad tardía. Además, ellas consideran que no tienen ‘madurez’ para ser madres.

M2: tu madre tiene miedo de que te quedes embarazada, y si te quedas embarazada con ésta edad ¿qué?, te arruina tu vida...

M1: pero tú te crees que yo, vamos a ver, yo no me quedo embarazada porque yo no quiero, no porque mi madre se preocupe ...

M2: te crees que hay un montón de niñas que se han quedado embarazadas porque ellas quieren o porque no quieren [...]

M2: pero no tiene madurez suficiente para quedarse embarazada de un niño, vamos

M1: es que te puede arruinar la vida

M5: te la arruina, te la arruina (GD2:10)².

La fuerte censura sobre la sexualidad, en el entorno familiar no contribuye a la incorporación de prácticas de prevención del embarazo. Tras años evitando cualquier referencia al sexo, aunque sean imágenes de televisión, éstas chicas sienten mucha vergüenza al hablar de ello: con su madre ni se lo imaginan; con el médico, menos; pedir preservativos en la farmacia, da mucha vergüenza. Algunas atribuyen la vergüenza al hecho de que sean sus padres y otras a la ideología conservadora de los mismos. Sin embargo, les gustaría tener la confianza suficiente para hablar con ellos del tema.

“P: ¿habláis con vuestros padres?

M2: ni hablar, ni hablar...

M1: es un tema tabú...

M5: si sale una pareja dándose un beso en la tele, y: ¡niña cambia eso...!

M6: mi padre, niña no veas eso

M1: mis padres si me han preguntado si yo he tenido relaciones. Este año, con dieciocho años, me lo han preguntado los dos...

M2: pues a mi que no me pregunten porque les diré que no... que yo con mi madre hablar de eso, por mucha confianza, es mi madre, es que... yo tengo claro que no

M6: yo creo que se debería hablar con tus padres y al revés. Yo con mi madre podría hablar

M1: yo sería capaz de hablarlo antes con la madre de ella que con mi madre, de verdad te lo digo... a la madre de uno da vergüenza ...

M7: es porque con nuestros padres, es que tienen una mentalidad conservadora y...

M2: yo creo que es por el hecho de ser nuestros padres

M3: yo conozco padres que le compran los condones, vamos

M6: no, yo es que a mi madre no le cuento nada porque es que después, voy a salir por ahí y me dice: niña no hagas esto, es que como me lo echa en cara o algo” (GD2:15-16).

“Mi madre es muy antigua. Yo tengo una tía de Madrid que cuando viene dice: yo no veo mal que a mi hijo se le dé el preservativo. Y, dice mi madre: no, no porque eso es incitarlo. Es que es muy antigua, pero que ella se lo tiene que imaginar, me supongo. Por ejemplo, un día, “X si yo te pudiera pagar la vacuna del útero, tú que eres virgen, ¿te la querrías poner?. Y yo me empezaba a reír, y, me decía: ya no me está gustando. Y, yo, que sí podría; yo la engaño. Y, hace dos semanas se me salió la rotula y me llevaron al hospital, y me preguntaron si estaba embarazada, por la radiografía, y yo le dije: no, y dice ¿seguro?. Y digo: creo que no, y ya al decir creo, mi madre se daría cuenta. No me dijo nada, pero se lo tiene que imaginar. Pero yo de esos temas con mi madre, nada, es un tema tabú totalmente, no hay confianza” (E5:8).

En el GD1 la facilidad para hablar con los padres sobre sexualidad aparecía relacionada con el nivel de estudios de los progenitores, de modo que a más nivel, más facilidad para abordar esos temas en familia. Sin embargo, en la entrevista E1, siendo los padres profesores universitarios, la comunicación falla: la chica los

2.- GD2:10, indica: Grupo de Discusión nº 2, página 10 de la transcripción.

percibe como extraños, ajenos a su situación, no recurriría a ellos para hablar de estos temas (sería “una situación muy incómoda”, sobretodo con su padre “muy chapado a la antigua”). E1 habla de esos temas con su hermano, los iguales se erigen así en la principal fuente de información, aunque, en el hipotético caso de tener problemas serios, sostiene saber que los que más pueden ayudar son los progenitores:

“Que si tienes algún problema primero hay que hablarlo con los padres antes que los amigos. Los padres te pueden dar todos los consejos posibles, te pueden ayudar más. Pero los amigos, al menos, te suben la moral antes de que llegues y te desplomes delante de tus padres” (E1:21).

La falta de comunicación se debe, en ocasiones, a la visión tan añorada que tienen sus padres de ellas, lo que las lleva a ocultar sus relaciones: “cuando lo tengan que saber, que lo sepan”. Y, la poca aceptación social del sexo adolescente: “no está bien visto”. Todo ello contribuye a que las chicas se sientan convidadas a ocultar sus relaciones.

La infantilización conduce también al exceso de control y la sobreprotección, y éstas estrategias llevan a su vez, a algunas chicas a rebelarse; lo prohibido se vuelve tentador. Mientras que para las más disciplinadas ‘obedecer’ contribuye a ganar confianza para las más rebeldes es ‘engañar’ lo que contribuye a ganar confianza. Las relaciones de dominación predominan en el primer tipo de configuraciones familiares frente a las relaciones de poder características de las segundas³.

“M6: mi madre es que se pasa, es que voy a mi casa y no me da tiempo a llegar y me está llamando cuando ya he llegado, es que me tiene super controlada, y es que eso tampoco es así, porque yo ya me he dado cuenta de que yo lo que quiero hacer, lo voy a hacer. Mientras más me controlen pues lo voy a coger con más ganas. Si mis padres me dijeran venga hija, pues hazlo, pues me quitan hasta las ganas de hacerlo, pero como me dicen no, no, no, pues es lo que hay, y eso no se da cuenta ella....

M1: eso es así

M2: es que eso es verdad [...]

M2: pues yo no, mi madre tienes que dar confianza de todo, yo prefiero ganar confianza a que esté continuamente...

M1: que la confianza la tienes si luego no le dices a tu madre que..., las cosas esas [...]

M7: pero, por mucho que te digan que no lo hagas hasta que no lo veas pasar algo de verdad no vas a decir ¡hostia!, pues, es verdad” (GD2:16-17).

En el lado opuesto se sitúan aquellas familias que han incorporado y normalizado la comunicación sobre sexualidad, cultivando de ese modo la confianza entre madres e hijas. E2 relata la importancia que esa naturalidad supuso para ella y como contribuyó a establecer una sólida confianza materno filial:

“Pero si a mí en todo momento desde que yo era chica me han informado, pues yo por qué le voy a esconder nada, si ellos han sido los primeros que han tenido confianza conmigo [...] aparte yo tengo una hermana mayor también, y para irse de viaje con el novio un mes, se puso el parche. Esas cosas también han hecho que yo a mi hermana pequeña, a veces, le digo: vete que me voy a cambiar el aro, ¿qué aro? Pues, para no quedarme embarazada, para no tener un bebé, entonces si ya desde pequeño tú le estás diciendo eso pues ellos se acostumbran a verlo en su casa, y yo creo que es mejor. Hay padres que no. A mi me llaman mis amigas, a mi me sirve de mucho hablar con mi madre si te digo la verdad. Mi madre es un poquillo así, por ejemplo, cuando me dan infecciones dice y ahora contrólate un poquito..., pero sé que lo dice por mi bien” (E2:19-20).

E2 es un referente en su grupo de pares: experimentada, maneja mucha información y puede preguntar a su madre, quien intenta inculcarle la idea y las rutinas preventivas. Parte de las chicas del GD1 (aquellas de padres con estudios) y E6 también se han beneficiado (aunque, ésta última, algo tarde) de la buena disposición de sus progenitores para tratar estos temas.

3.- Ver Martín Criado, E. et al (2000), Familias de clase obrera y escuela, Donostia, Iralka.

1.1.2 “Si comete un fallo, pide perdón y le perdonas, eso es amor ¿no?”

Estas chicas manejan diferentes concepciones del Amor: desde la más alienante (obsesión) hasta la más idílica (romántica). El ideal del amor romántico, la media naranja, el uno y solamente uno, para toda la vida, está presente en las chicas del GD2. La discusión sobre si existe o no existe el amor encuentra su fundamentación en la duración (para toda la vida o pasajero), la fidelidad (la posibilidad de fallar, aunque sea de pensamiento), y el perdón. Todos ellos elementos centrales de la ideología católica, imperante en parte de las chicas que fundamentan sus posiciones en los preceptos de aquella. Desde una posición más laica el amor se asocia al cariño, la rutina y la costumbre y se entiende que se puede acabar: “como la goma de borrar”.

“M7: también... pero el amor yo creo que sí existe

M3: [...] yo creo que es un cariño que le coges a una persona en ciertos tiempos, y que es algo pasajero...

M5: si tú no amas a una persona, tú con ella no vas a poder vivir, porque tus padres cuántos años, por ejemplo los míos, llevan un montón de años casados, si ellos no se quisieran de verdad con amor, no estarían juntos ahora mismo

M6: yo creo que nuestros padres no es que se quieran de amor, si no que ya simplemente se tienen cariño ya cogido

M3: es que es una rutina

M6: yo creo que no existe el amor, de verdad...

Varias: yo sí creo que existe [...]

M5: el amor existe, porque en el mundo hay muchas personas que se quieren y que se dan muchas cosas, lo uno por lo otro y eso ahí hay amor, y si tú amas a una persona, tú aceptas los fallos que tiene y tú lo perdonas, y tú...

M1: yo hablo de ésta edad, y de lo que he vivido, y he visto un vaivén que a veces estás arriba en la noria, otras estás abajo, hay veces que quieres más, hay veces que quieres tirar la toalla, hay veces que lo quieres coger todo... pienso yo [...] es que todo en el mundo se acaba... (risas) igual que una goma de borrar, como una pareja, como todo...

M7: bueno, pero yo hasta el momento creo que el amor existe [...]

M1: pero pienso que hay muchas personas de ésta edad, yo la otra edad no sé, pero todas las parejas que hay, es... rutina y obsesión...

M4: y costumbre porque depende de cada uno...

M1: si no, no se fallarían tanto... y también soy de las que piensan que tú puedes estar enamorado de una persona, quererla mucho sobre todas las cosas y fallarle...” (GD2).

La lógica del perdón, característica de la religión católica, unida al precepto del matrimonio indisoluble, se presentan como elementos de riesgo de cara a ser objeto de la violencia machista, en el sentido de contribuir al mantenimiento de la relación aunque sea destructiva. Si las mujeres han incorporado el deber de amar al marido para toda la vida, aún cuando se vean sometidas a actos violentos e indignos, perdonarán a su compañero porque le prometieron amor eterno y porque es su deber con dios. En un medio rural y profundamente católico, el mantenimiento de las apariencias a través del mantenimiento de la relación, será un objetivo prioritario para evitar el escándalo que supondría una separación o divorcio.

“M7: pues tú has dicho que si estás enamorada lo aceptas todo...

M5: no, yo he dicho que si cometes un fallo, pide perdón y le perdona, eso es amor, ¿no?

M2: pero depende del fallo que sea...

M5: hombre, también, pero, si estas verdaderamente enamorada, yo lo voy a perdonar...

M4: yo lo perdonaría...

M1: mayoritariamente cuando estás enamorada y ciega, y obsesionado con una persona a ti una persona te puede hundir más que a nada y tú la perdonas. Personalmente pienso que hay gente que son muy ... que eres lo más que hay en el mundo pero tú me fallas una vez, y aquí se ha acabado todo (risas)... ahora estoy yo con perdonarlo o no perdonarlo porque ahora estoy yo en una situación que...” (GD2:6-7).

Pero, no sólo las chicas del GD2 han topado con las barreras que impone la religión católica: a la información, al placer ... En quinto curso de primaria E1 tuvo un novio que era de familia muy religiosa y evitaba cualquier contacto físico o roce:

“estábamos juntos y ni cogernos de la mano ni nada: es que mi madre y mi padre son muy centrados en Dios, y piensan que todo contacto físico es pecado hasta que no llegue el matrimonio. Entonces claro, yo estallé: y tú ¿te piensas que me vas a pedir salir estando yo en quinto y voy a aguantar hasta casarme contigo? Y digo yo: ¿qué pretendes que nos casemos a los dieciséis? Y, me dice: no, en realidad a los dieciocho, diecinueve...Y, digo yo: pensaba que me querías en plan para salir conmigo, no para tenerme con el anillo de castidad hasta los diecinueve ¿sabes?” (E1:16).

La religión católica prohíbe la sexualidad no orientada a la reproducción y, consecuentemente, el uso de anticonceptivos y convierte todo lo relacionado con el placer sexual en pecado y con el sexo en tabú.

1.2 La educación formal: las charlas del instituto

El sistema educativo público va incorporando la educación sexual a sus aulas. Muchas veces a través de convenios con el sistema sanitario andaluz, especialmente, a través de Forma Joven pero, otras veces, es a través del ayuntamiento, las AMPAs... Nos consta, la buena aceptación del proyecto Forma Joven y de las experiencias que incorporan a otros menores en el diseño y la difusión de la información (recuérdense las experiencias llevadas a cabo en Noruega y expuestas en el Informe I). Sin embargo, las chicas del medio rural católico (GD2) no han recibido información ni de sus padres ni del centro educativo. Las pocas charlas que les dan son tediosas y restrictivas y ellas desconectan rápidamente, no enterándose de nada de lo que les dicen. Entre otras cosas porque tienen la sensación, compartida con todo el grupo de edad, de saberlo todo y de tener muchos años y mucha experiencia acumulada.

M2: es que son tonterías, las charlas del alcohol siempre son tonterías

M5: eso es intentar comerte la cabeza

M2: pues el alcohol tiene tanto por ciento de agua... A ver si tú, cuando estas haciendo un botellón, vas a medir cuánto te vas a tomar

M5: y la charla del coche y de violencia de género

M3: pero una charla de sexo no, es que yo creo que es el tema tabú más grande que hay en toda Palma

Varias: sí

M4: en mi clase de cuarto pedimos una vez una charla, y vino una mujer a darnos

M1: pues, yo opino que estamos sobrados de información tanto de alcohol, de drogas o sexo, que ya no somos tontos y sabemos prácticamente... todo. Todo nunca se sabe pero yo por lo menos me considero bastante informada y de cara a...

M2: pero que no ha venido nadie a informar

M1: que no ha venido nadie a informarme pero yo, pues, probando algunas cosas (risas)

M2: y de boca en boca es como te enteras de las cosas

M1: y que son muchos años, haces muchas cosas, muchos casos, mucha gente” (GD2).

Pero, en general, en los centros de secundaria se dan charlas sobre sexualidad y anticoncepción (aunque se descuida la línea afectiva, relacional, ...). En estos casos, las que están interesadas se enteran bien y son capaces de aplicar las recomendaciones recibidas. E5 utilizó la marcha atrás durante un tiempo y ahora utiliza el preservativo, no conoce muchas más opciones, no puede hablar del tema con su madre (muy religiosa) ni encuentra una posible fuente de información alternativa (en una ocasión, se les rompió el preservativo y recurrieron a un tío de su novio que es de su edad). Su única referencia es la información que le dieron en una charla en el instituto, esa la aplica con rigor:

“Yo lo pongo siempre yo, no sé si será por costumbre o porque me fío mas de mí que de él; lo pongo yo y sé que lo he puesto bien, me quedo más segura. Yo me acuerdo de la charla que me dieron y yo lo hago

como me dijeron, ponlo, cógelo por la punta y aprieta para que no entre aire y baja.

E: Pero tú la píldora ¿la tomas?

A: yo no, ni mi madre me dejaría y a escondidas pienso que es una cosa seria para hacerlo y no lo voy a hacer y además tengo una prima que la toma y ahora no se puede quedar embarazada; no le viene” (E5:15).

Para E6 que también tiene novio, las charlas del colegio son importantes así como los folletos que lee, comenta con su madre y guarda:

“en el colegio eran charlas mes sí, mes también, de todo: que si el tabaco, que si el alcohol, que si esto, pero todos los libritos siempre los he ido guardando, lo he ido mirando, yo con mi madre lo comentamos, lo hablamos, mis tías... que yo siempre he tenido información” (E6: 12).

Pero, cuando las chicas aún no mantienen relaciones, pasan más de las charlas porque tienen la sensación de que “lo saben todo”.

“nos viene una chavala, a lo mejor de la universidad que está estudiando, acompañada de otra más especializada. Prestamos atención, pero lo justo y necesario porque ya nos lo sabemos todo medianamente [...] la alteración de hormonas también te suele llevar a saber informaciones e interesarte también por el tema...” (E1:23).

Desde el GD2 demandan charlas, debates, discusiones pero sobre otra temática, sobre auto-control, auto-afirmación, empoderamiento ... afectividad, dominación y poder. Debates como oportunidad para contrastar opiniones, conocer otras experiencias y adquirir estrategias de auto-afirmación, resistencia e imposición. Una de las participantes está atrapada en una relación de la que no sabe salir y, está pidiendo ayuda delante de gente de su pueblo, algunas de las cuales conocen su situación:

“M1: pues yo no pediría ningún tema alcohol, drogas, sexo. Yo personalmente necesitaría una charla de auto control ¿sabes? cómo más en plan así ...

M7: autoestima [...]

M2: ella está muy machacada

M1: manera de tomarte la vida de otro ¿sabes? que la importancia que tiene a lo mejor, algún problema que el día de mañana nos vamos a reír ¿Cómo me puse yo aquel día así por esa chorrada? ¿sabes?. Ver la vida desde otro punto de vista. Pero ya de charlitas de no bebas, no fumes y no... yo tan tonta no soy, ... no te metas coca, no te metas coca, no te metas coca (risas). Yo eso no lo voy a probar pero no le digo que no a todo ¿sabes?. Yo sé lo que es un cigarro, lo que es un porro [...] yo me conozco y sé que como yo pruebe la coca me voy a enganchar, porque yo probé el cigarro y me enganché, entonces yo sé que soy una persona muy vulnerable y que a mi como eso me guste, aunque sé que es malo voy a estar ahí. Sé que una persona me hace daño y yo estoy ahí, ¿sabes? soy muy así, entonces como ya con esa persona me he metido ya no puedo salir, o sea, pues eso me pasa siempre” (GD2:23).

También E2 reclama este tipo de charlas informativas sobre afectividad, asertividad, autonomía personal y autoestima pero, para las chicas menores que ella:

“y decirles pues mira hay que preocuparse por esto, por esto no [...], yo lo veo en niñas de mi instituto más chicas, se sienten como que si no llegan a un cierto nivel con los niños no son suficiente, o decirles mira, no, vosotros valéis por ser esto, y las chicas tenéis el mismo derecho a decidir por esto, que yo veo muchas veces que escasea...”(E2:11).

Otra sugerencia de las chicas hace referencia no tanto al contenido, que también, como al modo de transmitir la información: E5 sugiere que se utilicen testimonios y experiencias reales de gente de su edad. Esta chica maneja poca información; se mueve entre mitos sobre los efectos de la píldora (esterilidad ...) e incertidumbres (sobre el ciclo femenino, los métodos tradicionales ...):

“yo creo que a la gente ya desde nuestra edad, lo del pepino y como se pone un preservativo o lo de los métodos anticonceptivos lo veo una tontería, porque creo que tenemos información de sobra y creo que los mitos estos de los 14 días, que den un testimonio que le haya funcionado, un testimonio real de alguien, yo creo que llega, o que se te ha roto, o que mala con la regla, que no pasa nada, que la marcha atrás no pasa nada, los casos concretos de la juventud” (E5:16).

Vemos pues, como se va delegando la educación afectivo sexual en el sistema educativo. En el GD1 se plantea que son más accesibles los profesores que los padres, para consultar cuestiones relacionadas con la sexualidad:

“cuesta menos reconocer que tienes relaciones delante de algunos profesores que delante de los padres, es que los míos, si se enteran, se mueren, vamos” (GD1).

Los profesores tendrían una visión más realista del estilo de vida y las prácticas afectivo sexuales de este grupo de edad que los propios padres que siguen viendo a sus hijas como niñas hasta que les hacen abuelos.

1.3 La comunicación con los sanitarios

Las chicas no consideran ni al médico del pueblo ni al del colegio religioso, como potenciales recursos informativos. El fuerte control social predominante en el medio rural contribuye a que estas chicas desestimen la opción de consultar dudas con el personal sanitario. Antes se enfrentarían a la complejidad de ‘encontrar algo’ en Internet que al escándalo de visitar al médico del pueblo.

M2: yo antes de ir al médico seguro que lo veo en Internet [...] bueno no encuentro nada pero..

M1: yo no voy al médico con tal de que la gente no hable: ¿por qué has ido al médico?,

M5: aquí se entera todo el mundo de todo

M1: me ve la vecina, la vecina se lo dice a mi abuela, mi abuela se lo dice a mi madre y ya está, suficiente para: ¿qué has ido al médico? Y encima con David, para que queremos más

M5: es lo que tiene un pueblo, que todo el mundo sabe todo lo tuyo, todo, todo. Parece que hay alguien que te sigue

M6: y si no, se lo inventan”(GD2:21).

La vergüenza y la necesidad de mantener el anonimato, impiden ir al médico y si fueran al centro de Salud, después tendrían que engañar al ser inquiridas y eso tampoco les gusta. La alternativa se presenta difícil, para que estas chicas pudieran acceder a los profesionales sanitarios, éstos tendrían que estar en una consulta especializada (Modelo Planificación Familiar, desaparecido) o en el propio instituto (Modelo Forma Joven) e insistir ante las chicas en que, sistemáticamente, una consulta médica es confidencial:

“una clínica pública, pero solo para eso. Todas las que están allí, están para lo mismo, así que si habla una, ella también lo está. Yo creo que el médico igual que un psicólogo se tiene que callar, pero yo creo que no es así” (E5:22).

1.3.1 El tándem madre-médica

En la sanidad pública contamos con médicas y médicos muy competentes, con una paciencia infinita que atienden una y otra vez las consultas de las chicas, por absurdas o repetitivas que sean. Los casos de E2 y E6 muestran la eficacia del tándem madre – médica. E2 es una chica que siempre ha hablado con su madre y con su médica, se considera informada y responsable. También ‘cagueta’, por eso prefiere prevenir. E2 está con su segundo novio, su PRS fue con el novio anterior y con preservativo. Su madre le habló siempre de las precauciones que hay que tener, nunca ocultó nada y confían una en otra.

“Ella sabía que íbamos a estar tiempo y me dijo que tuviera mucho cuidado, que tuviera cabeza, y en el momento que quise lo del anillo, pues se lo dije: mira mamá he pensado y he hablado con Lola (Lola es mi médico), para que me informe un poquito de los anticonceptivos porque me apetecería cambiar. Me preguntó por qué y le dije que me aburría un poco estar siempre con los preservativos, que eran caros, que había que tenerlos siempre encima, no sé qué. Ella vino conmigo incluso y Lola decía: es que no puedo hablar contigo porque está tu madre aquí. Yo le dije, mira Lola que me da igual, que es mi madre, que si el día de mañana tengo un problema, ella va estar ahí” (E2:19).

También en el caso de E6 funciona esa combinación madre-médico. La madre intenta prevenir a su hija de pasar por lo mismo que ella: un embarazo precoz. Lee con ella los folletos, la acompaña al médico, le ofrece preservativos y le paga la píldora.

“el médico, por lo menos a mí sí, porque ya con el hecho de las pastillas ya él me comentó todo lo que había, como había que utilizarlo [...] a mí muchas chicas me preguntan por lo de las pastillas, de cómo funcionan y cómo las utilizo y qué tienen que hacer...” (E6).

E6 fue al médico porque tenía dolores menstruales, el médico le prescribió la píldora anticonceptiva que lleva usando dos años. Así, los dolores menstruales propiciaron el tránsito del preservativo y la marcha atrás, a la píldora. E6 consulta y escucha a su médico de atención primaria, quien recurre a instaurar la desconfianza en su chico, para concienciarla de la necesidad de usar el preservativo en ese tipo de relaciones:

“el médico me dice, porque tú sabes con quien te acuestas tú pero, no sabes con quien se acuesta él. Ten cuidadito, hasta delante de mi madre, yo con el médico tengo mucha confianza” (E6).

1.3.2 La apropiación de los saberes circulantes

En general, manejamos información procedente tanto de expertos como de familiares y amigos, compartimos experiencias con los próximos, escuchamos noticias en los medios y, a partir de todo ello, elaboramos nuestras propias representaciones. E6 maneja información procedente directamente del médico (saberes expertos) y parece tener claras las recomendaciones, sin embargo, al incorporarlas sobre sus ideas previas (populares), hace reinterpretaciones que la llevan a una puesta en práctica poco segura. Las ideas preconcebidas unidas a las rigurosas exigencias del método contribuyen a un uso poco seguro de la AO. E6 relata las recomendaciones del médico para casos de olvido de la ingesta de una pastilla pero ella, en ocasiones, se toma dos juntas, probablemente considera que está más protegida cuantos más anticonceptivos toma.

“la pastilla anticonceptiva en el momento que se te olvida una o que pasa de las 12 horas, ya pierden totalmente el efecto. ¿Qué pasa?, mi médico me tiene dicho que si se me olvida, que no me la tome, pero que tenga la seguridad de que me tomo la siguiente pero que ya no me la dejo de tomar. Por ejemplo, si hoy no me la tomo, me la tomo por la noche o me la tomo de madrugada, me levanto y me la tomo. Una vez me la tomé dos veces seguidas y me bajo la regla, ...bueno no me bajo la regla, pero como también el médico me dijo que no me la tomara y yo también una vez me puse preservativo, y del mes me la había saltado dos días, me la había tomado horas después de la hora que era y yo no sabía... porque se me rompió el preservativo y estaba a una semana de bajarme la regla, entonces ‘pos’ no me tomé nada” (E6: 8).

“Pues a mí el médico me dijo que en cuanto deje de tomarlas, tengo que tener tres veces más cuidado que si no las hubiera tomado [...] y mi madre la estuvo tomando y se ha quedado embarazada. Le ha costado un poquito porque él tenía una enfermedad, el novio de mi madre, pero por in vitro” (E6: 15).

No faltan los relatos de buenas experiencias con el personal sanitario, como la disposición de una doctora de urgencias a dispensar la PAU

“La mujer me dice ¿qué te ha pasado? Y yo le dije que se me había roto, le voy a decir que se me ha salido

y no se lo va a creer, por eso le dije: pues mira, se me ha roto. Y la médico me preguntó que cuál era el método que solíamos usar, que si me la había tomado alguna vez, yo le dije que no, y ya está, me la dieron y la verdad es que no hubo ningún problema” (E2:6)

o la eficacia del mensaje transmitido por un médico de Atención Primaria: E6 ha incorporado la disposición (aunque sea teórica) a usar doble método en las relaciones esporádicas:

“... y conozco a un niño y se me antoja o lo que sea, uso pastillas anticonceptivas y uso también el preservativo porque no lo conozco” (E6:7).

1.3.3 Las barreras sanitarias a la anticoncepción

Ahora bien, también se detectan distintos tipos de barreras sanitarias. E2 denuncia las contradicciones encontradas entre las recomendaciones sanitarias y la accesibilidad a los anticonceptivos: el precio, la información confusa, demasiado técnica o incompleta ... son barreras a las buenas prácticas. Aunque, E2 recurre mucho a sus amigas y a Internet, al final, acaba consultando a su médica:

“dicen, hay que tomar prevención, los preservativos son super caros, y a mi el anillo me cuesta diecisiete euros, y es una vez al mes. Aparte yo cuando decidí dejar de usar el preservativo, fui yo la que me tuve que meter en Internet y me lié a buscar que si el anillo, el diafragma, lo otro ¿entiendes? Y luego fui a mi médico y le dije que me lo explicara pero hay como muchas contradicciones: te lees el prospecto del anillo te dice, que te lo pones el primer día de la regla y ya te hace efecto, lo buscas en Internet, y te dice que te lo pones pero que tienes que estar siete días usando condón hasta que empiece a hacer efecto y eso te vuelve loca [...] yo siempre que necesito algo llamo a mi médico. Pero digo, bueno, alguien concreto tendría que tener porque si buscas información de muchos sitios, al final terminas con un cacao mental” (E2:9).

Cuando las chicas perciben que la información que les facilitan los sanitarios es demasiado escueta o demasiado técnica, lo que están denunciando es la falta de habilidades comunicativas: hay buena disposición pero faltan habilidades.

“la médica a mi, me escribió en un papel todos los componentes de todos los anticonceptivos, este tiene tal hormona, este... pero yo eso no sé lo que es, ¿sabes? yo no sé en qué me afectan a mi los esteroides. Yo necesito que me digan esto afecta más a la salud, o esto es mejor, o ... para yo saber, pues yo elijo esto por esto, no decir porque es más cómodo...Para mi opinión, no hay información” (E2:11).

Otro ámbito a cuidar y mejorar, es la actualización de conocimientos entre los profesionales: cuando un profesional no está actualizado no ofrece garantías y, con frecuencia, esa pequeña falta se generaliza y afecta a la imagen de todo el colectivo.

“yo creo que no entienden ni papa, mira te lo digo porque el día que yo fui a urgencias, yo me había leído todo lo que tú no te puedes ni imaginar en Internet, y fui, y los médicos y las enfermeras fue, pero las hormonas, las hormonas duran, tú tranquila [...]. no te preocupes que voy a llamar a la matrona. Mira, viene la matrona, una muchacha joven, le explico, es que yo tengo el aro, me dice ¿qué es el aro?... jo, macho, vamos de mal en peor... habrá gente que esté más informada, y habrá gente que menos, pero... Mí médica me dijo, tienes un treinta por ciento de estrógenos, un cuarenta por ciento de... pero no saben decir: pues mira si un día se te olvida tomarte la pastilla lo debes hacer con preservativo hasta que se te vuelva a regular, eso es lo que yo creo que necesitamos, más que lo que digan que es lo que tienes, eso ya lo sabemos prácticamente todos, o de cambiar, mucha gente dice que es mejor el preservativo y yo en parte estoy de acuerdo pero por ejemplo, a mi el anillo me protege de quedarme embarazada y ni siquiera un cien por cien, pero no me protege de las ETS, no me protege de alguna infección que pueda tener él, o de hongos, entiendes lo que te digo” (E2:21).

El trato poco respetuoso, los juicios morales, el desprecio... forman parte de esas barreras que encuentran las chicas en ocasiones:

“MUC: cuando fui a San Juan de Dios a hacerme la prueba del SIDA, que ya había pasado dos años entre medias, la doctora me dijo: si vuelves a venir otra vez, no te la vamos a hacer porque quiere decir que no tomas precauciones. Y yo me quedé flipando, si me la puedo hacer cuando quiera ¿sabes? Me pareció muy fuerte que me dijera eso porque qué más quieres de tener a una persona preocupada en no pillar nada ¿sabes?” (GD4: 40).

Sin olvidar los graves efectos que el asesoramiento desacertado, el retraso en la implantación de los dispositivos, la aplicación de protocolos obsoletos y las recomendaciones más dañinas y menos cómodas ... pueden propiciar en las usuarias del sistema de salud: embarazos, contagios, IVEs...

1.4 Las fuentes informales: amigas, Internet, televisión y revistas

En el medio rural el fuerte control social contribuye a que la vergüenza se imponga sobre los deseos y deberes. Las chicas no recurren a los profesionales por vergüenza y resuelven las cuestiones relacionadas con la sexualidad entre ellas.

1.4.1 “Mis amigas son mi centro gravitatorio”

Las amigas se convierten, de este modo, en el principal recurso. Pero no sólo en el medio rural, donde el control social es más fuerte, sino también E7 y E2 viviendo en capitales andaluzas, recurren a las amigas.

“a lo mejor yo me informo más bien de una amiga, de otra “oye, pues mira esto, mira lo otro...”. Lo típico, quedan todas las amigas y el tema del que se habla es ese. No sé cómo se hace pero al final siempre se acaba hablando de lo mismo” (E7: 5).

E2 usó condón con el primer novio y, con el segundo, con quien practica el sexo con más frecuencia, decidió cambiar de método⁴. Ella buscó la información (“porque como era para mí”, es decir, asume sola la responsabilidad anticonceptiva) y le propuso el anillo a su novio. Así vemos que quien en su casa habla con normalidad de la sexualidad, está en condiciones de conversar también con su novio sobre el tema, aunque no se le ocurriera implicarle en la búsqueda:

“Y yo le comenté que preferiría el anillo, y él me dijo que de vez en cuando se sale, entonces cuando yo empecé a usarlo y efectivamente se salía...me dijo que era muy incómodo, y yo le dije: mira, pastillas no me voy a tomar, porque no quiero meterme eso, digo así que seguimos con el preservativo o seguimos con esto. Entonces él me dijo que lo que yo quisiera. Y ahora mismo estamos bien. Lo que pasa es que no se me ocurrió, a lo mejor si le digo, venga vamos a buscar... pero no se me ocurrió, me puse yo por mi cuenta porque como era para mí, yo quería que me favoreciera a mí, porque de verdad es que las pastillas me dan mal rollo, amigas mías se la han tomado y como que te desnivela un poquillo, y te cambia el humor, y yo no quería. Me han dicho que es menos ofensivo el anillo” (E2:10).

Las amigas sirven no sólo para intercambiar información y experiencias, sino también para conseguir los anticonceptivos y para concienciar al grupo de la necesidad de un cambio de actitud favorable a su uso:

“Sí, estuve tres meses que me la consiguió una amiga, que le decía a la farmacéutica: dame una pastilla más para la polaca que está en el campo y no para aquí en el pueblo... y yo lo probé y yo tuve una semana mucho mareo y mucha fatiga y ya dejé de tomármelas y tampoco pudo conseguírmelas algunos meses. Y, digo: para estar un mes si y otro no, pues es igual, no me la traigas. Me desmayé más veces y ya pues, me

4.- A la hora de cambiar también hay que considerar el precio: “incluso mi madre se cabreó un poco por el anillo: hay que ver, me has escogido lo más caro” (E2:18).

las mandó el médico. Por lo visto esas eran las más fuertes, las mandan para las que ya han tenido niños, ahora yo estoy con las que no son tan fuertes pero cuestan más caras y me las paga mi madre” (E6:11).

“a mi me ha hablado mi amiga, la que te dije, que cogió una infección, y siempre está diciendo: “ponerse eso” porque es que lo pasó fatal” (E7: 10).

1.4.2 “En Internet está todo, es una droga”

Internet es un gran recurso informativo con múltiples ventajas: permite superar la vergüenza amparándose en el anonimato, puedes encontrar de todo, a través de los blog y los chat se pueden resolver dudas al momento ... pero, también presenta inconvenientes: hay tanta información que las menores se pierden o encuentran información contradictoria que les angustia más que tranquiliza, otras dudan de la fiabilidad de esta fuente. Además, muchos no lo usan para buscar información, prefieren jugar y chatear. E1 (15 años, clase educativa alta) es de las que duda de la fiabilidad de Internet como fuente de información:

“No, no..., no es mi fuerte. Ponerme a buscar información sobre eso sabiendo todo lo que sé. Es que en realidad el Internet puede engañar. Por ejemplo, en páginas como Wikipedia, que todo el mundo, [...], o sea tú puedes currártelo todo y poner una chorrada allí que la gente se lo va a tragar ¿me entiendes?” (E1:25).

Para E2 (18 años, estudiante de enfermería), el inconveniente es manejar demasiada información: al buscar en Internet encuentra información contradictoria con la que poseía (la del prospecto) y, no sabe cómo actuar.

“yo me leí el prospecto de la medicina para los hongos y ponía que solo afectaba al diafragma y al preservativo por estar hecho de látex. Sin embargo, empiezo a buscar en Internet y encuentro otro prospecto de una medicina igual pero de otra marca, y dice que también afecta al anillo, por eso yo me asusté [...] a mi me vuelve loca y, ahora ¿a qué me atengo?” (E2:10).

“En Internet está todo, es una droga”. De hecho, cuando los padres castigan a las chicas de estas edades, una sanción típica es quitarles la conexión a Internet. Pero, ¿para qué utilizan Internet? Pues para chatear, para estar en el tuenti, para bajarse música o películas y para ver vídeos en youtube. No se les ocurre buscar información, ya lo saben todo o están bien como están, y no quieren complicaciones.

Internet supone también un cambio en la manera de establecer relaciones sociales, de conocer gente, de ligar. E7 (20 años, clase media, medio urbano) no tiene novio, tiene ‘amiguitos’. Según relata, actualmente las redes sociales en Internet son elementos claves del cambio en las relaciones interpersonales:

“pues ahora, en tuenti, en facebook, a lo mejor te ve por la noche y dice: mira, a esta niña la voy a buscar en tuenti. Y, te dice: ¿oye tú estuviste anoche en tal discoteca?, y, tú: sí. Ah, pues te vi con tus amigas. Antes, a lo mejor, se ligaba en la discoteca, te ponías a bailar, no sé qué y no sé cuántos, pero también ahora por medio del tuenti, que todo el mundo se conoce, que tiene el tuenti, chat, y todo el mundo se conoce, es horroroso...” (E7: 3).

El ocio en el medio rural, es frecuente que se limite al botellón y el pub o la discoteca. Para ir al cine hay que tener coche y no hay teatro ni otras alternativas. A algunas chicas, les gusta leer pero, para la mayoría de ellas, es la TV, su alternativa favorita: Sálvame, los Simpson, Los hombres de Paco, Patito Feo, Padre de Familia, Física o Química... E6 nos habla de un programa de televisión sobre sexualidad que le parece interesante porque implica a toda la familia y, en esa situación, hablan claro:

“Hay un programa en la tele, no sé si es en Cuatro que va con padres, que saca todos los cacharros y todo lo que hay encima de la mesa y le dice a la madre y a la hija o a la madre y al hijo: ¿esto, qué es?, y si lo

sabe, pues tú le explicas a la chavala lo que es y si no te lo explica la chavala a ti y eso, por ejemplo, vendría muy bien en el colegio, en el Instituto.. No hablar esto, esto y esto, no... traer chismes, traer cosas, demostrar cosas y hablar más así” (E6: 12).

También las revistas ocupan un espacio de ocio importante, ya sean de moda: Telva, Elle, Cosmopolitan... o aquellas para adolescentes que leían cuando eran pequeñas:

“ yo las revistas esas que compraba de chica que traían las pulseritas, tenía a lo mejor quince años o menos, y te venían páginas de cómo atar a los chicos, cómo mantener relaciones sexuales por primera vez ...” (E7: 7).

1.5 Las chicas, el amor y el sexo: un mar de dudas

“Es una edad muy difícil [15 años] no tienes las ideas bien puestas ni la cabeza bien amueblada, como dice mi madre, pues no eres capaz de pensar bien las ideas antes de hacer las cosas... y, a lo mejor haces cosas que después te arrepientes... Y en eso se basa mi vida, me paso el día haciendo cosas que después me arrepiento” (E1:2).

En el GD2, el discurso sobre las relaciones íntimas se articula entorno a la religiosidad. La fuerte interiorización de los preceptos de la religión católica modula los posicionamientos respecto al noviazgo, el matrimonio, la anticoncepción, la maternidad y el aborto. Desde las posiciones más extremas no se cuestionan los dictámenes de la Iglesia católica. Los únicos indicios de cambio o cuestionamiento se refieren a las relaciones prematrimoniales. Para ellas, el matrimonio es más que una fiesta, es que Dios reconoce tú unión con esa persona, la maternidad es lo más grande y abortar es matar. Ahora bien, eso de llegar virgen al matrimonio no es del todo imprescindible: “te puedes acostar con el que te vas a casar” como estrategia para garantizar el matrimonio para toda la vida, para estar segura de que esa es la persona apropiada pero, nada de andar “de mano en mano, por ahí”. No obstante, al parecer, desde las posiciones más ortodoxas hay chicas que llegan vírgenes al matrimonio y rechazan el uso de anticonceptivos.

“MUA: ya he dicho que son súper conservadoras ¿no? Pues yo me tomo la píldora y: tía estás matando a tu hijo, no sé qué [...]

MUD: yo conozco a una persona que es cristiana, que de hecho es virgen todavía, se va a esperar a casar para poder tener relaciones [...] no puede usar preservativo, si es que está dando clases de métodos anticonceptivos naturales. Con lo cual si entras dentro del cristianismo, vamos a ver, si dios te lo manda...” (GD4: 2).

Para las chicas de clase obrera que cursan 2º de bachiller: “ahora, lo importante son los estudios”. Si acceden a la Universidad serán las primeras de sus familias en lograrlo, el esfuerzo y las expectativas puestas en ello son grandes. En parte por la centralidad de los estudios y, en parte, por la condición religiosa de algunas de ellas predomina la idea de que, a estas edades, tener novio es un problema. Su principal argumento es que distrae de la responsabilidad principal: estudiar. Aunque sus resultados académicos no son buenos. Las que sí tienen novio añaden que, además de distraerte, un novio supone complicaciones (deberes) y limitaciones de la libertad individual. Obsérvese que en la siguiente cita es él quien concede confianza a la chica. Estas expresiones connotan la posición subordinada e incorporada por las mujeres que las enuncian; chicas objeto de la dominación masculina.

“M6: soltera se está mejor porque tienes más libertad para hacer las cosas”. Aunque “también depende de la confianza que te dé tú novio (GD2)”.

Una relación supone unos límites que sin novio, no hay. Mientras unas refieren que el novio supone problemas de gestión cotidiana de su tiempo (de ocio y de estudio) y de su libertad, otras hacen referencia a las relaciones de noviazgo como precursoras del matrimonio monogámico indisoluble: para toda la vida;

“es muy difícil una relación estable con nuestra edad para toda la vida” (GD2).

Otras chicas, en cambio, disfrutaban de sucesivas aventuras rápidas aún siendo alumnas de centros religiosos. En una capital de provincia E1 a sus 15 años, es virgen pero ha tenido, según relata, diez relaciones sucesivas:

“mi meta está en un mes. Un mes y sólo lo he conseguido en una persona. O sea normalmente con los niños suelo llegar a 28, 29, 29 y medio días y, yo creo que con ese niño era al que más quería en toda mi vida, y al que mas sigo queriendo, creo que al que más voy a querer en toda mi vida. O sea, es como el centro de mi mundo, ¿entiendes? [...] si quitamos a la gente con la que he estado menos de una semana... se quedan 10 ¿vale?” (E1:15).

Esta chica nos explica cuál es la diferencia entre salir de rollo (con sus diferentes etapas) y tener novio: cuando el chico se declara a la chica.

“estar de rollo: lo he conocido esta noche, me ha gustado mucho, nos liamos y ya no pasa nada. Está la primera etapa de rollo, o sea me lío con ella y después ni me acuerdo [...] Después está la segunda fase que sería en plan de: es que estamos de rollo, lleváis una semana de rollo... ya. La fase rollo prematrimonial, como decimos nosotros. En plan, estás de rollo una semana para saber si de verdad te gusta, de verdad lo aceptas como persona para que entonces tú llegas y le dices a la chica: ¿quieres salir conmigo? ¿Entiendes?” (E1:17).

Parecería que definir los límites del compromiso en las relaciones (ya sean rollos, novios, etc) sería complicado. Sin embargo, E1 lo tiene claro: a las tres etapas del rollo, le sucede el novio que implica compromiso y afecto.

“de rollo sería el típico chico con el que venga pasas la noche, pasas el día así en plan de buen rollo ¿no? Y, bueno, te das picos, te das besos, tal, pero tampoco es nada ni apasionado ni sentimental. Un novio implica mucho más de comprometerse y mucho más afecto” (E1:19).

Entre las chicas menos religiosas, E6 y E7 disfrutaban de relaciones de noviazgo sucesivas. E6 ha tenido 3 novios: el primero, cuando tenía 14 años (con él tuvo su PRS coital a los 16), con el segundo duró poco, y, con el novio actual lleva un año y medio, es de su edad y estudia en la Universidad. E7 nos habla de que tiene ‘amiguitos’, no sabemos cuántos. E2 está con su segundo novio mientras que otras se mantienen con el mismo novio desde hace años (E5, por ejemplo).

1.5.1 La búsqueda de la madurez en la pareja

Sabemos que el rendimiento académico de las chicas es, en general, superior al de los chicos⁵. En estas posiciones sociales es frecuente que mientras las chicas siguen estudiando (diplomaturas como magisterio o trabajo social, mayoritariamente), salgan con chicos mayores que ellas que ya han abandonado sus estudios. Estos alternan mucho y alimentan los celos y las inseguridades de sus parejas :

“M1: además más nosotros⁶ que solemos tener novios, con dieciocho años siempre más grandes de nosotros [...] entonces nosotros estamos estudiando, la mayoría de nuestros novios no estudian, están trabajando, y siempre estás tú estudiando y el novio en la calle, y eso quieras que no, te tira” (GD2:3-4).

“yo soy muy estudiosa y él se está sacando ahora la ESO y tiene 3 años más que yo y está trabajando también y vende fruta” (E5:1).

5.- Gómez Bueno, Carmuca et al (2000) Identidades de género y feminización del éxito académico, Madrid, CIDE-MEC.

6.- Nótese que aún siendo un grupo femenino, éstas chicas utilizan el plural masculino para referirse a su realidad. La escasa percepción del colectivo femenino como grupo autónomo conlleva la ausencia del plural femenino.

La percepción que ellas tienen de los chicos de su edad es de falta de madurez, razón por la cual buscan chicos mayores que ellas. En el GD1 plantean que “los chicos de su edad están más aniñados, son más inmaduros”. La poca madurez de los chicos se muestra en la centralidad de la sexualidad en sus discursos y actos cotidianos. Mientras todas las referencias a la sexualidad están implícitas en el discurso de las chicas, nada se hace explícito, no utilizan ningún término preciso, todo es ‘eso, eso’. Ellos utilizan el término follar en prácticamente todas sus intervenciones. Ahora bien, ellas son las ‘maduras’.

“M3: los chicos son muy infantiles en todo

M6: todos, en mi clase, son unos cerdos, por dios, todo el día pegando botes, peleándose, tirándose cosas... subiéndose a las mesas

M1: yo creo que la mayoría de los niños piensan con lo de aquí abajo en vez de con esto. Están muy calientes. Quiero decir, un niño no tiene porque estar caliente porque eso, si no porque casi todos los niños buscan eso, es que buscan eso, mucho que te quieran, quieren solo eso, eso es lo principal para los tíos, pienso yo...

M5: acabar, acabar, acaban en eso, vamos

M2: el elemento fundamental ¿no?

M1: las niñas no le damos tanta importancia a eso, prefiero estar con mi pareja, yo qué sé ...

M3: las niñas a lo mejor buscan una pareja, una persona en la que te puedas apoyar, y ellos buscan una tía con la que puedas hacer lo que te dé la gana

M1: ya no eso porque tú confías en tu pareja y todo, pero que el niño siempre tiene ganas

M4: pero no es la misma pareja un niño de tu edad que un niño más mayor

M5: por eso nosotras nos echamos o sea, vamos buscando un tío más grande, para que tenga una mentalidad que se pueda igualar a la nuestra más o menos [...]

M1: mayoritariamente, como nosotras solemos ser más maduras que los niños” (GD2:29-30).

Las chicas del GD1 insisten en la diferente significación que tienen las relaciones sexuales para los chicos y para ellas.

“MB: Ellos lo hacen y ya está, nosotras lo pensamos más

MD: Ellos van a lo que van y, si lo consiguen, pues ya está. No buscan formalizarse

MF: Ellos compiten por ser los primeros en decir : ¡ya no soy virgen! o me he tirado a tantas tías, pero, para nosotras es mucho más importante” (GD1).

“M1: yo, para mi, un chico y una chica es el noche y el día... desde física hasta mental, hasta sentimental, la forma de querer una niña y un niño, la forma de pensar de un niño...” (GD2).

1.5.2 El poder de atracción de los chicos malos

¿Qué buscan ellas en los chicos? ¿qué es lo que las atrae? Confianza, respeto y valoración en alguien que probablemente se convierta en su marido o, en el extremo opuesto, conocer, experimentar y divertirse ... Mientras unas se refugian en el tópico de “que te respeten por lo que eres”, otras abogan por los chicos malos: “es que nos gustan un poquito cabrones”. Los chicos buenos “son un muermo”, los chicos malos son un reto, un desafío, un riesgo excitante.

“M1: uff, por dios, para mi lo principal es confiar en esa persona al cien por cien...

M4: y que te respete y que te valore como persona no por lo que seas materialmente, sino que te valore por lo que eres realmente [...]

M3: te aburres un montón... es que una persona que es un muermo al lado tuya (risas)

M1: yo tengo una amiga que tiene un novio ahora que llevarán dos meses y, no se enfada por nada, todo besitos, ji, ji, ja, ja, mi amiga está hasta aquí porque necesita un poco de caña ¿no?

M2: es que a nosotras nos gustan los tíos un poquito cabrones... no...

M1: a mi, personalmente, sí me gustan los cabrones...

M2: a mi me encantan porque un tío que te diga todo que si, que siempre esté, es que tú sabes que lo tienes en la palma de la mano y puedes hacer con él, lo que te dé la gana, y, es que no..

M1: tampoco podemos permitir a los niños que hagan con nosotros lo que quieren porque entonces ya se lo creen demasiado... [...]

M2: y después lo bonito es que tú te pelees y te lleves dos o tres días enfadada y después venga él y dices...

M5: la que no cree en el amor... (risas)" (GD2:7-8).

"Y nos tiramos un año y pico sin hacerlo. Y luego yo lo dejé [...] sin embargo, este chaval que estoy ahora, pues es totalmente distinto, y mira que está menos encima mía y es menos empalagoso y es menos... pero a mi me atrae más. Entonces yo qué sé, él intentó hacerlo conmigo antes, pero yo lo había hecho nada más que con el anterior y me daba mucha fatiga y mírame ahora" (E2).

"yo comparada con él, soy mucho mas pija, por decirte una palabra. Yo estudio, tengo amigas normales, ni vicios malos ni malas amistades... Sus amigos no, sus amigos son un poquito mas cannis, fuman un porro algunos, tiene otro ambiente. Él no, porque él odia una mujer fumando ni un hombre, no le gusta nada, y... las amistades son muy distintas. Por eso que no salimos juntos, pero cada vez más, poquito a poco y ese poquito que mi novio salga conmigo un fin de semana, es la ilusión [...] las niñas con las que él mas o menos tiene relación son mas barriobajeras" (E5:3-4).

El chico de 25 años que consiguió imponer la marcha atrás a E6, de 17 años, le gustó por ser el más 'chulo', pronto lo dejó para retomarlo al comprobar que sentía celos, asociando así los celos al amor:

"¿quién es el más chulo?, el que te gusta y él no es ni guapo ni tiene buen cuerpo ni nada, simplemente que me gustaba lo chulo que era y me conquistó" (E6:6).

En el polo opuesto se sitúan aquellas que buscan al amor de su vida. El ideal del amor romántico sostiene la existencia del amor para toda la vida, la media naranja con la que te unes para lo bueno y para lo malo. De ahí que, parte de las chicas del GD2, sostengan la existencia de un chico ideal para cada una: uno y sólo uno.

"M5: una cosa, con el tema del chico ideal, yo no tengo novio pero vamos, yo creo que los tíos igual que los espermatozoides, de un millón nada más que quieres uno, no en serio, entonces -tch- para tú encontrar el chico ideal...

M4: yo creo que no hay un chico ideal para todas, yo creo que para ti uno, para ti otro, para mi otro ..." (GD2:25).

Para E1 (clase media) los requisitos que deberá cumplir el que sea su novio incluyen criterios clasistas. Su objetivo es un chico que "no sea de mal barrio" (un tipo de clasismo territorial o espacial), rasgo que asocia al consumo de alcohol y drogas; sea aplicado y se haga mayor con ella⁷:

"E1: me decanto por los morenos de ojos verdes [...] Pero no sé, tampoco la apariencia importa tanto, [...] pues el tema está en que sea el típico chico aplicado, tampoco que sea uno súper centrado en los estudios ni sea de mal barrio ¿me entiendes?....

E: De mal barrio, dices ¿a qué te refieres?

E1: en plan de que no sea fumador de porros ni que sea bebedor compulsivo ni se dope ni nada de eso. Pero que sea un chico aplicado, y que caiga bien o sea, que tenga la cabeza en orden [...] que sea una persona estable [...] capaz de sobrellevarme y soportarme. En ese plan. O sea, una persona que me pueda hacer feliz, para que se haga mayor simplemente conmigo y me haga feliz" (E1:30).

7.- Recordemos que E1 es virgen y, por tanto, no sabemos cómo ni con quién mantendrá relaciones en un futuro. Ella sólo habla de lo que se imagina, de lo que le gustaría..., no de hechos concretos. Es importante tener presente la distinción entre pensamiento y acción.

1.5.3 La primera vez: un desastre

Si hubiera comunicación se desmitificaría el primer encuentro sexual porque suele ser una gran decepción. La presión social y la norma, empujan a las chicas a mantener relaciones sexuales con penetración aunque: no les apetezca, el chico no les convenza o recurra a estrategias de presión muy elaboradas para chantajearlas:

“yo no quería, pero yo sentía que era lo normal ¿no? yo decía joe, pero si es que ya llevo con él [...] no sé explicarlo, no es que yo no quisiera hacerlo con él ni él era una persona diez, pero que a mi no” (E2:5).

“me dice un día: tengo una sorpresa, ven a mi casa, yo ya sabía lo que era, ¿tú sabes lo que es ir a su casa e ir diciendo estoy en el corredor la muerte? porque, como yo no lo quería, lo quería un montón como amigo, yo creo que fue lo que me confundió. Cuando llego a su casa, me tapa los ojos, mira, había llenado toda la casa de velitas... a mi eso, a lo mejor te lo hace una persona a la que quieres y te hace una ilusión que te mueres, pero con él, que yo no tenía ni ganas, pues no lo disfruté, así que digo, fuera. Eso porque ese día era como si ya fuera obligatorio, a mi me gusta que surja, hombre que a lo mejor es un churro ¿no?, pero eso de decir pues hoy me apetece, no decir hoy lo tenemos que hacer porque he preparado esto. Yo lo recuerdo con un nudo aquí, diciendo dios, a mi la verdad no me gustó ese día...” (E2:5).

E2 tuvo su primera relación sexual a los 16 años y se arrepiente porque no lo disfrutó. Se sintió presionada y accedió aunque, como tenía información y ya era una chica madura, usó preservativo:

“y me arrepiento, pero no por haberlo hecho con dieciséis, yo era lo suficiente madura para el hecho de decir tengo que usar preservativo” (E2:12).

Otras relatan que la primera relación sexual es dolorosa:

“muchísimo, me dolió en el momento de hacerlo y después de hacerlo, me dolió un montón, no me podía sentar y tenía que estar con las piernas cruzadas” (E6: 6).

Con este chico E6 estuvo saliendo tres años, y tuvieron relaciones sexuales coitales a los dos años aproximadamente. Ambos eran vírgenes. Él insistía, pero ella se negaba a hacerlo sin preservativo:

“me lo dijo muchas veces y yo le decía que no, que no, que no, y ya llegó un momento que estábamos en su casa y estábamos toqueteándonos y me dijo que quería, y yo no estaba segura porque no tenía preservativo. Él me dijo que no pasaba nada, y yo le dije que no, que sin preservativo que no...y consiguió el preservativo y al mes o dos meses o por ahí, me dijo ¿vamos a ir a mi casa? Y eran las 10 de la noche, era su casa de campo, y lo tenía puesto todo de velitas y me dijo que si estás preparada y yo le dije que sí y surgió y sin sangre ni nada pero me dolió muchísimo” (E6: 5).

Tanto si el chico tiene experiencia como si no la tiene, la primera vez “da mucha cosa”, “es un desastre”.

“a mi me daba mucha cosa, porque aparte lo veía, yo el primero con el que había estado tenía diecinueve años, se desvirgó conmigo, un chaval pues que no tenía experiencia pero éste decía, verás tú con lo nerviosa que yo soy a mi me da el chungo, hago aquí el ridículo y veras tú la que vamos a liar... pero al final. Hombre, la primera vez siempre es un desastre, por lo menos yo” (E2:4).

Dos de las chicas del GD1, tuvieron su PRS con un ‘rollo’, no llegaba a ser un novio, y defienden que la relación previa, el conocimiento mutuo, la comunicación, esas cosas no son importantes. Para ellas, lo importante es estar preparada tanto física como psicológicamente:

“MB- Lo importante es estar segura de que lo quieres hacer, no si es novio o no.

MC- Empiezan ellos. Son directos y no se complican: ¿quedamos? Y, ya está
ME- Ahora es más fácil ligar, con los niños de ahora es más fácil ligar
MA- Pero, las niñas también quieren
ME- Claro, porque si no, no lo harías
MC- Pero, es difícil que las chicas busquen eso” (GD1).

Ahora bien, este grupo (GD1) se refiere a la primera vez como una “desilusión total”. Destacan las circunstancias que rodean al momento como algo positivo: el cómo surge la relación, los sentimientos hacia el otro, las sensaciones, la importancia de que la pareja también sea virgen, etc. Pero, el momento en sí, les parece decepcionante: “las primeras veces, no se disfruta”. Tal vez, por esa falta de comunicación previa, complicidad y confianza.

Esa primera vez fue diferente, satisfactoria para E5 y E7. Estas se iniciaron en la sexualidad con sus novios. Aún siendo la más precoz, a E5 le fue muy bien su primera vez: tenía 13 años pero ya llevaba dos años de ‘noviazgo’ y lo hicieron con condón (ella lo llevó). Pasados cuatro años, su madre aún no lo sabe, no se lo ha podido contar; no hay confianza.

“Yo era muy chica, yo ahora tengo muchas amigas que a los dos o tres meses ya lo han hecho. Lo hice con él después de dos años y 5 meses. Y yo lo hablaba con él y yo le decía que cuando cumpla los 18, y ya fue empezando a bajar 17, 15, y, al final fue a los 13, 13 para 14 y era un 5 de Marzo. Y yo digo, voy a dar una sorpresa, porque tu antes haces cosas, te besas, pero nunca... y yo le pedí al amigo un preservativo y yo estaba super controlada y mi amiga dice: venga nosotros nos vamos a ir todos, y ya le dije: mira, que yo estoy preparada y lo quiero hacer y ná, surgió y muy bien, en una chimenea con un sofá y muy bien...ni sangre ni nada, ...nunca le he contado nada a mi madre.

E: ¿no?

E5: No, mi madre es muy religiosa y muy... se lo tiene que imaginar porque... yo creo que se lo imagina pero... yo con mi madre de esos temas no hablo y muy bien” (E5:5).

Más tardía y muy satisfactoria también fue la primera relación sexual de E7; fue como superar un reto: se sintió mayor, importante...Tenía 16 o 17 años y lo hizo con su primer novio, con el que llevaba 3 ó 4 meses. Usaron preservativo, los llevaba él. Para E7 la primera relación supone un paso hacia la madurez.

“E7: llevaba... cuatro meses, cinco o por ahí, era verano, íbamos todas las amigas en parejita a la playa, esto y lo otro. Una copita para acá, una copita para allá, y al final pues... y ya está [...] y dios mío, yo tendría dieciséis o diecisiete [...] yo siempre había estado atenta, siempre tienes curiosidad por lo mismo ¿no? Algún día llegará.

P: ¿y cuando llegó tú qué pensaste?

M7: ah, yo era la más feliz del mundo (risas) en plan, uff... ya como que te sientes más mayor, que has realizado algo que tú dices... uff. Pues te ves como más mayor, te sientes como más importante, en verdad, es una tontería, pero bueno, cuando lo haces ya, te sientes así” (E7: 7).

Son varias las que aún respetando todos los ritmos, prefieren las relaciones sexuales con conocimiento del otro, con una relación previa, con afecto y, sobre todo, pensando en sí mismas, algo novedoso e importante en un entorno tan dominado por lo masculino como estamos viendo:

“yo considero totalmente respetable conocer a una persona anoche y acostarte con ella, y yo nunca voy a juzgar. Sin embargo, yo no lo haría porque necesito que esa persona me demuestre algo ¿me entiendes?, me importa más esa afectividad. Creo que depende de la persona y no sé. Igual que con uno tardé siete meses y con otro dos, pues yo creo que es lo que te apetezca... siempre pensando un poco también lo que te favorece” (E2:12).

1.5.4 Los problemas de logística: faltan lugares apropiados

Son varias las dificultades asociadas a las relaciones sexuales de las más jóvenes: la vergüenza, la no aceptación social del sexo adolescente, la sobreprotección, la infantilización...contribuyen a configurar unas relaciones que no hay donde practicarlas sosegadamente: o tienes coche o estás perdido.

E5 aún teniendo relaciones con el mismo chico desde hace años, hasta el momento, no han tenido un lugar donde relacionarse tranquilamente (salvo la primera vez), surge así el problema del sitio para los encuentros íntimos:

“Yo...mayoritariamente no lo usaba, pero lo pasaba muy mal y ya sí. No me gustaba hacerlo mal y a mí no me ha dolido nunca, tiene una habilidad, es con lo único que hemos probado [preservativo], como llevamos tanto tiempo, y nada muy bien, no me dolió, no fue tan romántico y en los 7 años nunca he tenido una relación acondicionada

E: ¿ A qué te refieres con una relación acondicionada?

E5: Pos que ninguno.. que él no tiene coche, él tiene 20 años. Ahora mis padres nunca se van a ningún lado, los suyos casi que tampoco, tenemos hermanos que, si no están los padres están los hermanos, en un campo, en un.. lo que es en una cama tranquilamente, nunca he podido” (E5:6).

Para E5 ese problema logístico contribuye a que nunca esté tranquila y no logre el orgasmo. Esas condiciones poco apropiadas tienen repercusiones nada desdeñables sobre ella:

“Yo a la hora de copular, yo no puedo mientras haya penetración, nunca en la vida me ha pasado. Yo sé que a mis amigas sí, entonces no sé si es un problema mío o tengo que profundizar más e innovar pero yo no copulo mientras haya penetración” (E5:13).

Probablemente debido a que E5 nunca ha mantenido una relación relajada y tranquila en un lugar placentero, sin miedo a ser descubierta o a que su chico no es muy hábil. La cuestión es que la chica, no sabe donde acudir en busca de asesoramiento:

“Yo hablo mucho con él y él lo sabe y él hace otras cosas, pero claro otras cosas que no son... como mis relaciones son... ahora vamos al campo.. no son tranquilamente, pues hay cosas que no se pueden hacer. Entonces, él sí acaba bien cada vez que tenemos una relación pero yo no, yo a lo mejor de cinco, una y no por él, porque si por él fuera... pero por mí, yo necesito estar más tranquila...y en ese sentido, yo creo que necesito hablar con alguien para que me diga que puede pasar ¿no? Pero no, con mi madre no lo voy a hablar y con la sexóloga de aquí tampoco, me da mucha vergüenza” (E5:13).

También en el GD1 destacan las dificultades para encontrar el sitio donde mantener relaciones. Defienden que hay que buscarse la vida cada vez, lo que contribuye a generar nervios, inseguridad, hay que estar siempre pendiente de ‘que no te pillen’. Plantean que, generalmente, en la casa del chico hay más permisividad para que vayan chicas y tengan intimidad. Pero, mientras perciben que ellos disfrutan en todo momento, ellas están preocupadas por todo y, así, no pueden disfrutar:

“las niñas, es que, se preocupan por todo: que no se rompa el condón, que no nos pille nadie, que esté bien depilada...” (GD1).

Los problemas de logística están muy extendidos, aunque no con las mismas consecuencias para todas. E6 nos cuenta las estrategias de las más jóvenes para encontrar un lugar donde relacionarse sexualmente:

“yo en su cama, en la mía, en su sofá, en la playa...Cuando estábamos en verano, era más difícil porque en su chalet vive su abuela, su tía y [...], entonces siempre había gente. La primera vez lo hicimos en la playa, por la noche, en la arena, nos tiramos todo la noche tiraos, nos quedamos dormidos, era últimos de verano, que no había gente. Después su padre guardo el coche en una cochera, entonces él tenía el carnet

todavía sin sacar ¿qué hacía? cogía el mando de la puerta y la llave del coche y nos tirábamos en el coche, y después en mi cama, en su cama, en el coche, donde teníamos más facilidades” (E6: 6-7).

1.6 Prácticas y trayectorias anticonceptivas

1.6.1 Del preservativo a la marcha atrás

La mayoría de las chicas información sobre anticonceptivos tienen poca, muy poca y, cuando la tienen, aparece cargada de mitos: la píldora engorda, altera el estado de ánimo, produce esterilidad; el DIU se pone después de parir; sin anticonceptivos es mejor:

“dicen que en seco: sin anticonceptivos, sin píldoras, sin nada, que es mejor; que la primera vez duele muchísimo; que tienes que estar habituado a ti, que si tiene que ser un chico con experiencia [...] Y, hay leyendas de que si te pasas cinco horas después de haberlo hecho y no te tomas la píldora del día después, no te funciona [...] O si te provocas un auto vómito pues entonces se quita el embarazo de encima” (E1:32).

M1: condón (risas) prácticamente el noventa por ciento de dieciocho añeras es lo que utilizan, y no utilizan otro tipos de medios

M2: es que lo que hay es eso

M1: que luego están los anticonceptivos de todos los días...

M2: que te ponen como una cerda de gorda...

M1: he dicho que el noventa por ciento lo utilizan pero me parece a mi que hay mucha gente que no lo utiliza... y tú piensas, y después que se sorprende de que se ha quedado embarazada (risas)... y tú piensas, y qué diferencia hay... pues las hay, las hay, las hay... Tú dices, le gustaba más sin el condón y punto” (GD2).

Entre las chicas que sí mantienen relaciones sexuales coitales, se utilizan el condón y la marcha atrás, preferentemente. Respecto al condón se plantea la resistencia de los chicos por placer y, la condescendencia de las chicas como manifestación de la confianza depositada en su chico, como estrategia para ganarse su ‘amor’. Así, la marcha atrás se convierte en una muestra de confianza: confían en él, en su palabra de que ‘se va a salir a tiempo’. Esta dinámica que lleva a pasar del condón en la PRS, a la marcha atrás, cuando la relación se estabiliza (“que sepas que vas a tener relaciones de forma regular”, GD1), es una de las claves para intervenir con esta población. Es una población concienciada en la prevención que se deja llevar por un ideal romántico. Esta idea se ve reforzada por la disminución de la percepción del riesgo, a medida que se va teniendo experiencia:

“M2: ah, exactamente, yo no entiendo por qué no... y la mayor parte de las que no utilizan eso es porque él no quiere, es que me hace gracia vamos...

M3: bueno, es que si no lo quiere utilizar pues no lo hagas ¿no? Es que no te dejas que lo hagas

M2: porque yo muchas veces he comentado eso con una chavala y me han dicho no, es que él no quiere, bueno, es que el problema vas a acarrearlo tú después...

M8: pues conozco a gente que no lo hace porque ella no quiere [...]

M1: claro... es la confianza ¿no?

M8: ella confía en que ...

M5: ¿confía? y qué más da

M2: en que le da a otro tipo vamos

M3: marcha atrás

M2: yo... no

M8: no, ni yo tampoco pero conozco gente” (GD2:13-15).

“O sea, hay niñas que hasta los dieciocho años, hasta que llega más o menos a nuestra edad, los veintitantos dicen: yo es que, si quiero liarme con este tío que me dice que no use condón, pues no lo voy a usar porque me gusta, porque le quiero mucho ¿vale?” (GD4:22).

“al principio tienes más miedo a los embarazos, de las enfermedades pero, luego, se te va quitando, aunque, no quiere decir que dejes de usarlo pero...” (GD1).

Domina la percepción de que éste ‘método natural’, la marcha atrás, es un recurso muy generalizado y el dogma, entre quienes no lo practican, de que si mantienes relaciones, por lo menos tienes que hacerlo con cabeza; poner los medios. Pero, con la práctica y con la edad, las costumbres se relajan. Así lo manifiestan las chicas de más edad: universitarias (GD4) y sin estudios (E8):

“a mi me ha pasado, a veces, de despertarme por la mañana y no saber, no acordarme si hemos usado preservativo o no, y...” (GD4:2).

“MUA- para un rollete de una noche normal que te pongas un preservativo, pero si ya empiezas a estar con una pareja, yo empecé con mi novio usando el preservativo pero ya, a ver, que llevábamos unos meses pues dijimos, pues mira, porque es que a mi no me gusta el preservativo, es que no me voy a entrar en detalles pero corta el rollo un montón (risas)...

MUD: yo también, eh

MUA: es horrible, tía” (GD4:12).

“A: Las primeras veces era con preservativo, sí. Y luego, pues es que, a mí nunca me ha gustado el preservativo [...]. Entonces, bueno, es un poco locura ¿no? porque yo sé que la vida no está para esto, pero...

E: ¿Pero no te gusta...?

A: No, me molesta un montón, no me gusta el tacto ni el olor, ni, ni el momento en el que se lo tenga que poner, o sea, es que no. No, me corta el rollo, no me gusta nada.

E: Ya, y entonces, crees recordar que a las primeras veces lo usaste...

A: Sí, al principio sí. Y después también lo he seguido usando alguna vez ¿sabes?

E: Porque sabrías ¿no?

A: Claro porque sí, porque piensas: joe, no quiero liarla, soy súper joven. Y, bueno pues oyes cosas, y te han hablado, por ti también, y ves por la televisión, y has oído pues que hay enfermedades, y que hay embarazos ¿no? Pero luego, no sé, se me fue yendo un poco, la verdad es que no sé. Últimamente, he tenido un par de parejillas así estables, y no hemos usado el condón, la marcha atrás. Incluso con el último, es que es una cosa muy rara, porque yo creo que no puedo tener hijos, porque he hecho muchas locuras en mi vida ¿sabes? y nunca me ha pasado nada, y entonces, con el último, ya era descarado ¿sabes? Ya se corría dentro y, pues es que no sé, era el disfrute del momento, y no sé, una locura pero...” (E8:4).

1.6.2 Del preservativo a la píldora

El uso de unos métodos anticonceptivos u otros depende de la estabilidad de la relación. Con la edad, si la relación se estabiliza, del preservativo y la marcha atrás, se pasa a los métodos hormonales, que delegan toda la responsabilidad en las chicas y suponen un alto grado de confianza en la pareja, porque no protegen de las ETS. Esta lógica la ponen de manifiesto las chicas con más experiencia:

“MF: a esta edad si se puede tener una pareja más estable, una relación sexual más cerrada, que se pueden barajar otros métodos anticonceptivos, yo por ejemplo, a esta edad no lo haría, no porque... mi perspectiva es que a esta edad no se va a tener el novio para toda la vida o al menos es lo más seguro ¿no? Y luego que suele haber un tercero por ahí... ¿entiendes? O que él seguro que ha tenido más experiencias que tú..., eso siempre es seguro, por si te puede pegar algo, yo vamos lo seguiría usando [el preservativo]. Yo eso lo veo para cuando tienes algo fijo, un novio pero fijo, fijo... en plan serio, que sabes que no... o al menos tienes la confianza de que no hay otra persona, de que no hay riesgo, por así decirlo...” (GD1).

“MUA: ... al final me tomaba mi píldora, porque me llevaba muchos sustos porque con el aquí te pilló aquí te mato, el preservativo se quedaba guardado en la otra habitación y dices: tío, pónitelo, y al final el calentón, dices: a tomar por culo...” (GD4:13).

“MUD: yo también con mi pareja empecé con preservativos, luego me puse el anillo y yo noté que la circulación de mis piernas iba como el culo, a parte de que fumo y todo eso me afecta, me lo quité, y desde entonces me duelen las piernas muchísimo menos...” (GD4:13).

“ME: mira, ella lleva dos años con su novio, y yo, si fuese ella... pues podría tomar otros métodos anticonceptivos, no sé, como la píldora por ejemplo...” (GD1).

Aunque, en numerosas ocasiones el tránsito a la anticoncepción hormonal, se produce amparándose en los problemas menstruales: para regular el ciclo o calmar los dolores, se recurre a la píldora anticonceptiva:

“MUA- sí, sí, que se acaban, a lo mejor hemos estado de fiesta y hemos ido los dos a dormir, y decimos tío, no hay, ¿quién coño va ahora a comprar, sabes? lo que dices mira a tomar por saco...Luego me he llevado unos sustos impresionantes [...] Y, cuando me empecé a tomar la píldora para controlarme la menstruación y para quedarme tranquila ... (GD4:13).

Nótese que el GD4 es un grupo mixto de jóvenes universitarios (entre 22 y 27 años) que nos muestra cómo se van afianzando las posiciones, los hábitos y las lógicas entorno a la anticoncepción. La estabilidad de la pareja también influye en el tipo de sexo que se practica, en si se experimenta o no, y si se sigue el patrón sexual androcéntrico centrado en la penetración. Este grupo nos aporta así un alegato a favor de la sexualidad expandida.

“MUE: muchos hombres, o también mujeres, piensan que por usar un preservativo ya quita el placer, entonces está reduciendo el placer sexual simplemente a lo que es el acto: la penetración” (GD4:2).

1.6.3 Los argumentos en contra de los anticonceptivos

No obstante, los métodos hormonales no gozan de mucha aceptación. Los inconvenientes que las chicas universitarias achacan a los métodos hormonales, son: delegan toda la responsabilidad en la mujer y son muy agresivos para el organismo; producen efectos secundarios tanto físicos como estéticos y psíquicos. Conllevan: riesgo de esterilidad a largo plazo, problemas de circulación, dañan el hígado, cambios de peso, cambios de humor, manchas en la piel, etc.

“MUD: bueno yo creo que no es lo mismo un preservativo que los métodos anticonceptivos que existen para las mujeres, excepto el preservativo femenino ¿vale? Que son muchísimo más agresivos para las mujeres, yo conozco casos que...

MUE: Eso, eso...

MUD: yo he usado la píldora y el anillo, y el anillo es menos agresivo pero aún así con los dos, cambias de peso, se te cambia el estado de ánimo, ... que tiene cosas buenas [...]

MUA: yo nunca he experimentado esos cambios ni...

MUE: tía yo no, pero a mi me da mal rollo lo del hígado como dice ella...

MUD: me han salido manchas en la cara...

MUC: es una barbaridad...” (GD4: 12).

“MUD: [...] aunque sea tu píldora, o tu anillo es que eso a largo, tú puedes estar veinte años, y te puede dejar estéril...” (GD4: 32).

“MUA: es que hay un bulo por ahí que dice que cuando dejas la píldora si lo haces nada más dejar la píldora, que te quedas embarazada...

MUC: que eres súper fértil... yo también he escuchado eso...” (GD4: 32).

Se acumulan también los argumentos en contra del preservativo pero ¿cuáles son los problemas concretos que presenta el uso del preservativo?: resta placer, se puede romper sin que te enteres, puede quedarse dentro, es caro, aburre, corta el rollo, se queda seco y huele mal. Además, hay que llevarlo siempre encima.

- Resta placer: “yo noto la diferencia y también pienso que es mejor sin, por el gusto, por lo otro no, pero que varía muy poco y creo que merece la pena usarlo antes que no, pero mayoritariamente pienso que no se usa” (E5:14).

- Se rompen: que hay veces que lo lleva puesto y dice ostra que se ha roto, pues se ve, y vas corriendo. Pero la mayoría de los embarazos de nuestra edad es así: condón no usan, se ha ido para atrás, se cree que no ha pasado nada, ha pasado, y cuando lo usan y se rompe, se creen que no ha pasado, es decir, que no ha pasado nada porque estaba puesto...” (GD2:15).

“solo he tenido un problema y fue un día que estábamos haciéndolo con preservativo y se rompió y se salió. No sé si es que no lo tenía bien puesto pero se salió, y fui a tomarme la pastilla del día después” (E2).

“yo sé que me noté una cosa muy caliente y me mire y empecé a llorar y “que se ha roto, que se ha roto” y “tranquilízate, tranquilízate, que llamamos a mi tío y, a ver qué hacemos” y lo llamamos y me dijo que dejará de llorar y que no me preocupara” (E5:16).

“cuando se rompió fue por abajo y estaba rajado como un dedo, no sé si alguna postura o al quitarse. Y, se lo dijo al padre y un día me dijo: “tenéis que tener cuidadito con estas cosas, y yo sí, sí, sí” (E6).

-La economía : “yo creo que no estaría mal que hubiera una maquina en la calle y que no valieran tan caros [...] Porque tú te pones un preservativo un euro, pero ¿si lo haces habitualmente? Un euro, otro euro, otro euro, y yo creo que es....(E5:19).

- Huele mal: “estoy harta del preservativo, y, él igual, y aparte me da mucho asco como huele, yo para los olores ... ” (E2:10).

- Se seca: “con el preservativo si llevamos mucho rato como que noto que ya está sequeroso y no, y luego si usamos los durex muy bien, un día se le ocurrió control... es que te venían mezclados, uno grande, enano, enano, que a lo mejor venían bien, pero es que eran tan cual a la basura, ... (risas)” (E2).

- No se tiene a mano: “Yo creo que si los llevan si los usan, más bien por no tener que ir, ahora entrar en el cuarto de baño, ahora sacarlos, ahora si te ve la gente, ...es eso más que ná” (E5).

-La vergüenza : “yo en una farmacia y en un supermercado, yo no lo compro, no soy capaz, y a lo mejor tienes que entrar a un bar expresamente al cuarto de baño para comprar un preservativo, y, claro expresamente, la gente se da cuenta y a mí en mi pueblo me da vergüenza (E5:19).

-El miedo a ser vista comprando condones: “que yo no puedo arriesgarme, porque como tengo madre y tengo dos hermanos jóvenes, que conocen a muchísima gente porque vienen, cualquiera de la gente que conocen son capaces de.. “pos tu hermana la he visto comprando...”y lo dicen. Yo creo que se debería dar más facilidad” (E5:20).

-El colocón: “a lo mejor vas contenta y a gusto y tienes ganas de hacerlo y, si no hay, no te vas a quedar con las ganas. A lo mejor, si no estás `todo pillá´ o drogá sí te lo piensas y dices: no o vamos a buscarlo” (E6: 12). “A: ... tú te desinhibes y te vuelves más así. Sí, sí, sí, hombre y tanto, madre mía, yo, un fin de año, que fue cuando me enrollé con X, con el otro chico, yo estaba tan borracha, que tenía la regla y lo hicimos con el tampax ¿sabes? (Risas) Ni me acordé, imagínate si influye para no quitarte el tampax antes de tener una relación sexual, pues cómo va a influir para ponerte un preservativo ¿no?” (E8:9).

El GD4 añade, a todo lo anterior, que puede influir en la erección, impide el contacto directo “piel con piel” y el ‘riesgo excita’ pero, estos argumentos los aportan ellos, son masculinos, los vemos en el siguiente capítulo.

1.6.4 La negociación: ¿con 'con' o sin 'con'?

En general, dicen que el preservativo lo llevan ellos, aunque ellas son más conscientes de los riesgos y, hemos observado que a medida que aumenta la edad es más frecuente que lo lleven ellas o lo negocien entre los dos:

“aunque las niñas somos más conscientes de eso, los niños siempre lo llevan, casi siempre lo llevan ellos. La chica que también lo lleva, vamos lo digo por mí, es porque esta noche... voy a saco. Yo creo que es más ellos, que ellos son los que lo llevan” (E7: 7).

“para mi es más práctico coger e ir con mi pareja y decir vamos a la farmacia de derecho, diez euros los cincuenta condones, venga veinticinco para tu piso veinticinco para mi...” (GD4:15).

Cuando los chicos presionan para no usar preservativo, ellas o ceden a su capacidad de persuasión (cuando les superan mucho en edad, estudios o estatus) o se resisten, negándose a mantener relaciones hasta que los consigan.

“Pues sí lo toleramos, aunque al principio dices: “si no te lo pones, no lo hacemos”, al final acabas haciéndolo seguro. Yo creo que el hombre tiene un poder de convicción para él hacer, será porque me ha pasado a mí, a mí me dicen, y yo: no, no, no. Y ya llega un momento que no sé si por pesado o por qué, que dices: venga, vale. Que tienen un don para convencernos” (E6).

La trayectoria anticonceptiva de E6 es: con el primer novio, preservativo, con el segundo, la marcha atrás y con el actual, la píldora, desde el comienzo de la relación porque la usa para regular su ciclo menstrual. Su 2ª pareja, la de más edad (25 años), se negaba a usar preservativo (porque se siente menos) y ella, aún siendo de las más informadas, accedía a mantener relaciones sin protección. Este sometimiento a los deseos del varón no se explica por el placer; ella siente lo mismo con y sin condón:

“Porque eso que dicen los niños: es que nosotros no sentimos lo mismo con condón que sin condón. Yo lo he hecho con los dos y he sentido [...] Si es lo primero que te dicen: ‘a pelo’ es como te lo dicen, a lo mejor a quien le afecta es al hombre, porque a mí no me afecta” (E6:13).

La sumisión de E6 es tal que entiende que el chico no se preocupe de la prevención del embarazo, es algo que la atañe a ella (veremos en el capítulo siguiente que a ellos les preocupan las ETS), y que usando la marcha atrás, “comprenda” y “no le importe” que ante la duda, ella recurra a la PAU. Añádase que E6 atribuye el fallo a su falta de experiencia, no a la actuación del chico:

“Más que nada yo, porque él me comprende y me lo dice. Y, si yo se lo digo, él compra, pero... la que se lo dice soy yo. Él piensa que no pasa nada, y yo ¡vale!, puede que no pase nada, pero la que está asustada soy yo [...] Yo la pastilla la he tomado una vez nada más, porque era inexperta y yo creía que él había acabado y había sido yo en vez de él, je, je . Y, cuando yo me vi manchada, pues pensé: has sido tú, y no. Él estaba muy seguro de que no, pero yo no. Yo me la tomé y nunca le ha importado” (E6:7)

Sólo algunas muestran resistencia a los chantajes de los chicos que pretenden no usar el preservativo. Son aquellas más seguras y más “racionales”, las que han hablado del tema sin tapujos (E2) y han cultivado el empoderamiento o son de clase social más acomodada (E7) o son mayores; “más maduras”, dicen ellas. Éstas, además, reclaman a sus homólogas que tampoco ellas cedan al chantaje, porque si ceden nunca cambiará nada.

“Yo es que soy muy nerviosa. Éste de ahora, un día me comentó, hoy solo queda uno, sino la marcha atrás, y me paré ... me, me, me faltó hincharlo a palos. Digo es que ni se te pase por la cabeza, que si nos tenemos que quedar sin hacer nada, pues sin hacer nada. Pero a mí que es que de verdad nunca jamás [...] yo creo

que es más que nada culpa de las niñas, porque si a un tío le dicen dos veces que no, ese tío ya se plantea decir, oye. Si una niña dice: jo, bueno, pues vale...Pero, ¿qué haces? Pero yo creo que son más culpa nuestra, yo en el momento en que le dije: no, que es no, ah vale, pues ya está” (E2:17).

“una niña madura que dice: ¿dónde vas tú?. Y, que diga: o te pones el preservativo o nada. A lo mejor una loca o lo que sea que diga: mira, vale, esto y punto. Es que depende de la persona, también de la edad, a lo mejor una niña chica que diga: ah, bueno, no pasa nada. Yo creo que a lo mejor no es consciente ¿sabes?. A lo mejor eres más mayor y dices: mejor no, porque sabes que te puedes buscar una buena” (E7: 5).

“ellos te preguntan, en plan: oye ¿estás tomando las pastillas?. O si no... tú te impones a ellos: o te pones algo o nada, ellos sobre la marcha ya se lo ponen ¿no?” (E7: 7-8).

Ahora bien, hay acuerdo en que son las relaciones esporádicas e imprevistas, unidas al alcohol, las más expuestas al riesgo: “si a lo mejor estás con el alcohol y él te dice: mira, es que no tengo nada, y tú también estás... dices: venga, ya está, pues para delante. Como en ese momento no piensas en nada... sólo en venga, ya. Pues, yo creo que el alcohol influye muchísimo, influye muchísimo...” (E7: 9).

En suma, los anticonceptivos que más conocen son el preservativo, la píldora y la PAU y sus múltiples combinaciones con la tradicional ‘marcha atrás’. Sólo algunas han oído hablar del DIU, del diafragma...Y, sólo una chica utiliza un método novedoso: el anillo. La anatomía femenina es otra asignatura pendiente para quienes todo lo relacionado con la sexualidad es un tabú:

“M3: yo escuché el DIU ...

M1: eso qué es

M2: el DIU ¿es como un supositorio?

M5: lo que tengo entendido, es que no sé si me lo han explicado bien, te lo pone el médico y te lo tiene que quitar el médico, y eso te lo dejan ahí hasta que tú...

M7: los anillos ¿te lo tienen que poner el médico? O eso ¿qué es?

M5: eso te lo metes y que no puede pasar el esperma ¿no? pero entonces tampoco puede bajar la regla

M3: es que tú la regla la tienes por el segundo [...]

M4: por donde te metes el tampax chiquilla, por donde se hace pipí no

M1: es verdad, es verdad... (risas). Yo lo único que sé es, después de haber tenido un niño, una cosa que te ponen de X tiempo, es una cosa ahí dentro que tiene un nombre, no sé cuál es

M2: el DIU

M7: ¿y qué efecto tiene? Si te lo pones después de parir

M1: no sé, yo como tampoco sé lo que es un anillo de esos. Yo conozco la del día después y la pastilla de todos los días, no conozco después otro tipo de mecanismos

M2: ¿y no quieres una charla?, si no quieres tú una charla

M1: la verdad es que no, porque como lo que va, va bien, pues no... [...] ni de coña, no. Es que no me veo yo: venga mamá vamos (risas)... aquí hace calor ¿eh?” (GD2).

1.6.5. Los nuevos métodos: esos grandes desconocidos

Solo entre las universitarias surge el preservativo femenino (descrito como “una bolsa del mercadona”). Ni entre las mayores hay información clara sobre su uso, precio o acceso. Las pocas que lo conocen sostienen que presenta incomodidades en su uso, es aparatoso y antiestético: “le tienes que dedicar tiempo, paciencia, ganas...” (GD4: 18).

No obstante, ven en él una opción para la mujer ante la negativa del varón al uso del preservativo masculino, con la ventaja añadida de que no afecta a la erección. Además, puede ser una gran herramienta para el empoderamiento de las mujeres ya que aumenta su autonomía en cuanto a la protección de infecciones y de embarazos no deseados:

“MUE: pero, tendría que empezar desde abajo, desde apoderarnos, desde la educación. Y una cosa tan simple como un preservativo femenino puede cambiar una serie de ruedas de pensamiento” (GD4: 5).

Entre las más jóvenes sólo una hace referencia al anillo. Aún con una infección persistente, y estando en contra de la medicación hormonal, E2 considera que su nuevo método, el anillo, le va bien. No la gustan los preservativos y ha buscado alternativas.

“yo me cambié al anillo y me dieron hongos y ... entonces yo le preguntaba a mis amigas si ya lo habían sentido, pero normalmente ellas usan preservativo [...]. Ahora, he estado usando el preservativo porque he estado cinco meses con infección de orina, me mandaron un tratamiento que me dijo mi doctora que anulaba la solución de hormonas, entonces he estado dos semanas usando preservativo porque si no... ya sabemos lo que pasa. Y, por lo demás, yo creo que me va bien... pero mis amigas es que ahora el preservativo. Y mi hermana y todo, porque dice que ya lo de meterse hormonas le da como cosilla. Hombre, a mi me da cosilla pero dicen que las pastillas afectan más por todo eso de que tienen que ser digeridas... como esto directamente por absorción. Las hormonas no son buenas pero estaba harta del preservativo, es que a mi no me gusta”(E2:7).

Aunque, con el anillo también se padecen sustos y fallos,

“yo lo hice una vez por la noche y no lo comprobé, y mira que yo siempre lo compruebo a ver si sigue dentro, porque hay veces que se sale de la dilatación, y lo hicimos otra vez por la mañana, y, por la mañana me dice: mira lo que me he encontrado, y estaba el anillo encima de la cama. Claro yo no sabía si se había caído por la noche, o por la mañana [...] y estuve dándole vueltas, realmente angustiada, fui a hablar con mi profesora, fui a urgencias, me acompañó mi amigo... ese fue un susto de verdad” (E2:8).

Y, la mayoría de los sustos son debidos a las dificultades para conseguir la PAU:

“casi siempre la de las pastillas del día después [...] hace un año pues teníamos todas diecisiete, que vas y no te lo dan, te recorres todos los hospitales hasta que consigues algún médico, pues que es buena gente y te lo da. Es que mis amigas son muy responsables para esas cosas también y ellas yo creo que no lo harían sin preservativo, a lo mejor es lo que te digo, que se rompe o que se sale, o alguna cosa de estas ... pero a mi si me ha aconsejado un montón, porque yo decía verás tú como no funciona la pastilla del día después, y llamo a otra amiga: habla con ésta anda que me está volviendo loca perdía, y me dijo la muchacha: mira que yo me la he tomado dos veces, que no te preocupes que si te viene, pero no te pongas nerviosa porque entonces tarda más la regla en venirte” (E2:8-9).

Y, por los efectos secundarios de los que advierte el prospecto de dicha píldora. E5 tomó una vez la PAU, estaba muy nerviosa y tras leer el prospecto todavía más:

“yo me asusté y una amiga mía se la pidió [la PAU] a otros amigos que tenían y el amigo se la dio, porque las tenía compradas por él. Yo leí el prospecto, estaba muy nerviosa, leí los efectos que se pueden producir y te cagas mas todavía porque... y nada, yo me tomé una por la noche y otra a las 12 horas y yo no note nada, me bajo la regla al poco tiempo” (E5:8).

1.6.6 Los embarazos en el Instituto y las IVES

Las participantes del GD2 han presenciado algunos embarazos de compañeras, en el instituto. Relatan cómo fue la última vez que una compañera contó en clase su caso: estaba embarazada, tuvo al bebé, el chico se desentendió y ella tuvo que seguir estudiando por las tardes:

M3: en mi clase ahora hay una, cuando lo dijo había un montón de gente llorando y todo, es que en verdad te quedas todo cogida y dices –buff-

M2: cogidísima [...]

M3: ella ha estado haciendo bachiller por las tardes porque con una niña chica y todo, y ya no está con el novio ni nada vamos... y una movida grande [...] los fines de semana le corta un montón. Yo puedo hacer lo que me da la gana, puedo llegar borracha. Ella no puede, tiene que llegar a su casa bien, tiene su niña, no puede

M5: mira, pues tú lo has hecho, tú lo has tenido y...

M1: y el padre, que tuvo el calentón esa noche, que lo hizo ahí...

M5: y ahora no quiere saber nada

M1: y ahora –buff-... es que eso es...

M5: es que eso es duro ¿eh?

M1: si por lo menos se te hubiera quedado una persona ahí apoyando y todo, se te hace menos difícil que cuando te ves sola, ¿eso es un padre?

M4: eso no es una persona, eso es..." (GD2:42).

Entre las menores, los posicionamientos ante el aborto oscilan entre la asimilación de abortar con matar y la visión del aborto como una salida digna hasta que puedas aportar algo a tus hijos. La mayoría de las que intervienen en la discusión se posicionan claramente contra la maternidad temprana pero, dos de las más religiosas mantienen su posición antiabortista, incluso en caso de violación. Para ello, recurren a la retórica entorno al niño indefenso: "nunca mataría a un niño indefenso, inocente"..., reforzada por la carga de ser responsable de sus actos: "si te has quedado embarazada es por algo, pues asume las consecuencias". Desde esta posición antiabortista, se recurre también tímidamente a las ayudas a la maternidad como argumento para no abortar: "ahora te dan dinero por tener niños". Sus estrategias para hacer frente a una maternidad temprana pasan por dejar al niño con la abuela, dejar de estudiar y cuidarlo ellas o darlo en adopción. En ningún caso, se cuenta con las parejas; todo discurre y se plantea como decisiones y retos individuales y femeninos; los chicos no son ni mencionados. Es significativa la ausencia de los chicos en la discusión sobre el embarazo y la maternidad.

"M7: yo no lo tendría... si me quedo embarazada no tengo al niño ahí...

M3: si me quedara embarazada ahora mismo, yo no lo tendría

M5: yo lo tendría, en la vida le quitaría la vida a un niño y encima inocente. Pues, se lo dejo a mi abuela.

M3: pero el niño hasta cierta momento es un feto que no es viable y es que tu madre no tiene la responsabilidad de cuidar a tus hijos...

M5: claro, pues me lo quedo yo, si dejo de estudiar, pero yo matar a un niño indefenso ...

M3: pero, si no es matarle...

M5: pero vamos a ver ¿quién es la que se ha quedado embarazada? Tú. ¿Por qué?, porque a ti te ha dado la gana

M4: bueno dejas de estudiar tú, el niño también lo arruinas porque tú no tienes estudios, al niño qué le das... que no, que no... [...]

M1: yo me quedo embarazada casada, con mi trabajo, con mi pareja y estable, pues, para mi lo es todo, porque es una ilusión súper grande ¿me entiendes? Estoy enamorada cien por cien... Pero yo me quedo embarazada ahora mismo y para mi es una mierda

M2: pues yo no lo afrontaría

Varias: yo tampoco

M1: que no merece la pena, que tú puedes ahorrarte ya un arruinamiento de tu vida que es un momento, ahora todo lo que hay para tu [...]

M6: yo no abortaría vamos, me da igual que me quede embarazada ahora. Si yo no sé afrontarlo sola, ya me ayudarán y si no me ayudan pues no pasa nada, vamos que supongo que sí porque están ahí mis padres ¿no? [...] en la vida mataría yo a un niño, en la situación que me encuentre, que no puedo. Lo doy en adopción, pero yo matarlo no lo voy a matar...

M4: pero es que yo le digo a mi madre que me he quedado embarazada y yo no sé si me echa de casa, me mata o no sé qué hace [...]

M7: pero tú ¿qué prefieres quedarte nueve meses lo que supuestamente es tu hijo en la barriga para darlo

en adopción? pero es que eso es mucho peor que abortar vamos...

M6: yo no lo daría en adopción, yo me lo quedaría conmigo [...]

M7: vale, pero ponte en la situación extrema de que te han violado, tú vas a dejar a tu hijo sabiendo que es el hijo de un violador...

M6: es que el niño no tiene culpa de nada

M2: yo tampoco, yo voy a cargar toda la vida con... yo no...

M4: total, ahora dan dinero por tener niños, dan mil doscientos euros por cada niño... una ayudita ¿no?" (GD2:11-12).

Al igual que M5, E5 sostiene una posición anti-abortista (seguiría adelante con el embarazo) por considerar que es responsable de sus actos y debe ser consecuente. Abortar es matar y no se siente capaz de hacer tal cosa:

"yo lo tendría porque me gustan los niños, me considero irresponsable, porque si me quedara embarazo sería por irresponsable, y si soy responsable yo, pues ahora toma las consecuencias, y, si yo lo he hecho con conciencia, ahora tengo que cumplir y yo no soy capaz de tener un niño dentro y luego matarle, yo lo tendría y ahora que termino bachillerato, pues ya lo tendría y en cualquier momento podría retomar mi carrera, entonces no la cortaría" (E5:9).

Nótese que estamos ante la enunciación de sus principios, creencias y posicionamientos teóricos que poco tienen que ver con las prácticas. Muchas de estas chicas, ante un embarazo inesperado, recurrirán a una IVE y, entonces, sus argumentos serán otros.

1.7 Socialización diferencial y configuración de las expectativas vitales

Ellos trabajan menos y tienen más libertad. Algunas chicas, parecen despertar y empezar a percibir la discriminación que supone la educación diferencial. En general, muestran disconformidad con el trato diferencial que perciben y reciben pero, aún queda quien sostiene que las mujeres nacen mejor dotadas para las tareas domésticas que los varones. De este modo, con estas representaciones y prácticas, las mujeres contribuyen a su propia dominación.

"M5: yo entiendo a los padres ¿no? pero a mi hermano, le dejaban salir más tarde, nada más que por ser niño. No, hombre, claro porque ser niño pues...

M4: es que el niño no trae la barriga [...]

M8: hasta que llegas un punto en que te hartas y dices como él no lo hace, yo tampoco lo hago

M3: es que es lo que me pasa a mi

M7: mi madre siempre nos ha mandado tanto niños como niñas a limpiar, pero vamos a ver siendo niña, yo creo que, parece que eso te viene, ya te sale de ti ¿sabes?

M4: ya, te sale de ti, eso te lo meten, desde que naces te lo meten...

M7: no porque a mis hermanos yo le digo: venga anda yo te lo limpio, por ejemplo, yo

M4: hombre es que si tu ves que no le sale, dices venga yo te lo hago. A ti al principio tampoco te salía y lo tiene que hacer porque es una mujer, no" (GD2:30).

La dominación masculina actúa pues, con la colaboración de las dominadas

"yo hago en mi casa y en la suya porque él no sabe bien hacer de comer, bueno la merienda sí la prepara él toa, pero a la hora de freír, no [...]. No es machista ni na de eso" (E5:3).

Esa socialización diferencial potencia el protagonismo de los chicos y la sumisión de las chicas. No obstante, algunas chicas critican ciertas manifestaciones de esa discriminación: la doble moral que juzga de manera diferente los comportamientos de unas y otros.

“M1: el típico ejemplo de un niño se va con cinco tías, es un monstruo, es...

M3: un crack, un monstruo, no sé qué...

M1: ... es un ligón, y la niña se va con dos en quince días y –ah-

M4: ... es la más puta

M1: hombre, eso está fatal ¿no? porque...

M6: el mismo error puedes cometer tú que ella

M3: vamos yo lo veo, lo de tener en un día cuatro tías que lo otro” (GD2:36).

Y que sean ellos los que siguen dando el primer paso para una relación, criticando duramente a la chica que osa saltarse la regla. Por paradójico que parezca las chicas son tremendamente críticas con las demás chicas; es la incorporación de las categorías de percepción y valoración de la ideología dominante que reproducen, ayudando así a su mantenimiento.

“M8: depende de la persona, pero normalmente son los tíos, los del primer paso

M3: normalmente porque se dedican a cada cosa por ahí...[...] una que tiene novio, pero va buscando, porque el novio es de fuera y no lo ve nada más que una vez a la semana y los sábados como se aburrirá o algo, pues

M5: va con otro

M3:... va buscando por ahí

M5: ¿sabes? porque ¡lo echa tanto de menos!

Varias: que buscan otro (risas)” (GD2:36).

Consecuencia de esa socialización diferencial son también, en parte, los discursos marcadamente sexistas que encontramos en estas menores: son ellas las que manejan criterios de valoración diferenciados para uno y otro sexo; las que se culpan hasta de los actos abusivos de ellos. Si algo ocurre, tal vez sea porque la mujer se lo ha buscado:

“cada vez están peor las niñas que los niños, en el tema de cannis, de peleas, porque los tíos se dan dos puñetazos y amigos, y, la tía que se pelea es así toda la vida. Yo creo que estamos provocando que nos traen peor, que volvamos a la antigüedad, los tíos machistas y las niñas que no puedan más que cocinar [...] Ayer cuando me fui con mi novio de barbacoa, hubo un momento en que una de las niñas llegó diciendo: tu puta madre, tus muertos, y yo me quedé, no me lo puedo creer. Pero mi novio, también se sorprendía, decía: esto es un circo. Somos nosotras... bueno nosotras no, es el mundo, pero si una mujer lo sabe, las historias y lo que llevan encima, no lo debemos provocar ¿no? Porque si tú una noche ves a un niño y te gusta y te vas con él, vale, pero hay quien se va con quien se va y ya no lo ven más. Si a mí un niño me gusta una noche, yo me encargo de pedir su número, e intentar seguir hablando con él y volverme a ver con él, no me lío contigo y el fin de semana que viene, me lío con otro. En mi reunión no pasa, y somos muchísimas, pero en las niñas mas chicas yo creo que sí, es que no quiero generalizar, pero generalmente son las cannis las que se van a cualquier lao. Hay casos que las niñas ya escupen, tiran eructos, son como hombres... hombres mujeres” (E5, 17 años).

Las expectativas vitales de estas chicas no rompen con el rol femenino tradicional: matrimonio y maternidad. Simplemente, se asumen nuevos cometidos: estudiar y trabajar, difícilmente compatibles con los anteriores y una pareja poco solidaria. No obstante, observamos algunos cuestionamientos respecto a las relaciones pre-matrimoniales, el matrimonio (algunas no se quieren casar) y la maternidad fuera del matrimonio. En ningún caso llegan a rechazar la idea de ser madres, la maternidad forma parte del proyecto vital de estas chicas de clase obrera. Confirmando así la tesis de Kellerhalls: la maternidad es el proyecto vital más prestigioso al que pueden acceder las mujeres de las clases populares con escasa cualificación.

Los posicionamientos respecto al matrimonio oscilan entre el sí al matrimonio como algo más que una ceremonia, como la bendición de la unión por Dios, y, el no porque no hacen falta papeles para unirse. Otro debate gira entorno al matrimonio civil (de oficina) o religioso. La idea que se impone aquí es que

cada una 'debería' hacer aquello que sea acorde con su ideología, lo que no ven bien las más religiosas es que las personas que no creen, se casen por la iglesia sólo por la fiesta; la impostura.

Todo muestra que en cuestiones de igualdad se ha avanzado poco, en las clases populares. No se puede bajar la guardia, incluso se detectan pasos atrás en el duro camino hacia la igualdad. Según E7 hay relaciones que se establecen de una manera muy desigual en cuanto a la libertad individual de chicas /chicos:

“yo tengo amigas que ella no sale, no hace nada, y ves a ellos de fiesta y tú “por favor...”. En plan ellos: “no, tú con amigos, no” y ellos tienen la vida entera: amigos, amigas y de todo. Pues en ese sentido ellos en plan “yo todo, tú nada” y eso a mí me echa mucho para atrás” (E7: 8).

No queremos concluir este capítulo, sin hacer una mención especial a algo que engloba todos los discursos analizados hasta el momento: se producen en primera persona del singular: yo creo, yo, yo... Rara vez se utiliza el nosotros, no hay conciencia de pareja o de grupo (familiar o de amistad). Y, nunca usan el nosotras, el plural femenino, no existe esa identidad de género ni en los grupos de sólo chicas. Solo el individualismo posesivo que refleja el 'yo'.

En el siguiente capítulo veremos cómo la socialización diferencial, contribuye también a generar preocupaciones diferenciales: ellas se preocupan más por todo: prevenir los embarazos y las enfermedades, evitar que alguien les pille, estar bien arregladas... Ellos, se preocupan menos, y, cuando lo hacen es por las ETS y/o por la carga económica que supondría tener descendencia.

2. Los chicos menores de 21 años, de clase obrera y del medio rural

La desorientación y la confusión que viven los menores de 21 años rurales se manifiesta en su inseguridad en el uso de la lengua, plagada de interrogantes que buscan confirmación. Inseguridad que se intenta camuflar tras una capa de masculinidad consistente en: decir tacos, hablar de chicas y de ‘follar’ y ser más que el colega de al lado, en todo. Los chicos compiten por ser los primeros en mantener relaciones sexuales y los que más. Para profundizar en la comprensión de las lógicas que llevan a actuar a estos chicos en el ámbito de las relaciones íntimas y el uso de anticonceptivos, contamos con 3 entrevistas a chicos del medio rural (Torrecampo - Córdoba, Padul - Granada y Vélez Rubio - Almería) de 16 (E15), 17 (E16) y 19 (E9) años, dos de clases populares y uno, el de 17 años, de clase económica más elevada y de etnia gitana. Además de la reunión grupal de ocho chicos, de clase obrera, de Huelma (Jaén, GD3) y el ya comentado grupo mixto de universitarios (GD4).

Existe un conflicto latente en los chavales rurales andaluces de clases populares que responde a una crisis de masculinidad y se refleja en su lenguaje y sus prácticas cotidianas. Éste conflicto es provocado por las influencias contradictorias que reciben de las principales agencias de socialización: educación igualitaria desde las instituciones públicas; y, socialización diferencial, tradicional patriarcal en la familia y el grupo de iguales. Éste conflicto contribuye a generar en ellos inseguridad y confusión. Aunque se puede apreciar una tímida intencionalidad igualitaria, emanada de una educación formal en valores, ésta intención se diluye al estar en permanente conflicto con las prácticas cotidianas impregnadas de la ideología machista; de ‘masculinidad’.

Las posiciones de los chicos oscilan entre el ‘follamigas’ (se relaciona con las chicas a través del sexo, no hablan entre ellos, sólo ‘follan’)⁸ y el ‘pagafantas’ (amigo y compañero con el que se puede hablar de todo pero no se mantienen relaciones sexuales). En los discursos, el eje oscila entre el ‘follamigas’: no respeta a las mujeres, pretende utilizarlas y no estudia (suspendió siete), prefiere aburrirse (E15), y, el ‘responsable’, dialogante y previsor (E9). Ninguno se define como pagafantas, sin embargo, E15 a la primera pregunta responde diciendo que tiene una ‘follamiga’. Está orgulloso.

El GD3 está constituido por ocho chicos de entre 17 y 19 años, estudiantes de FP, de la rama de electricidad. Todos proceden de pueblos de la zona y, por tanto, se conocen. Esto supone que la dinámica del grupo se convierta en una competición por parecer más ‘follador’, más bruto, más desconsiderado... poniendo así de manifiesto tanto los ámbitos en que compiten como las posturas más ampliamente aceptadas dentro del grupo. Las posturas que sostienen son imposturas para quedar bien dentro del grupo de pares, hay que interpretarlas según el contexto de su producción.

2.1 ¿Dónde y de qué se informan los chavales?

Las Fuentes de Información de las que se nutren estos chicos son la primera barrera a superar. Son fuentes poco fiables y poco precisas: los amigos, las series de TV (tipo física o química) Internet y las revistas y películas porno son sus referentes. Las familias delegan esta tarea en las instituciones: educativa y sanitaria o en el azar pero, no abordan los temas afectivo-sexuales con sus descendientes. Así, sanidad y educación trabajan conjuntamente llevando la información y la asesoría a los centros de educación secundaria. De modo que las charlas del instituto son, para muchos, la principal fuente de información fiable. En estas charlas los contenidos son reducidos: aparato reproductor y métodos anticonceptivos. Quedando sin atención ni reflexión todo lo relacionado con las relaciones personales, la afectividad, el compromiso, la corresponsabilidad, etc.

2.1.1 Las charlas del Instituto, los amigos y los sanitarios

Las charlas informativas del instituto llegan a los chicos escolarizados en centros públicos. Son charlas que E9 valora positivamente, sobretudo cuando regalan condones, y que E15 considera que deberían impartir-

8.- Ver contrato de ‘follamiga’, extraído del ‘tuenti’, en anexo 2.

se en cursos anteriores... Sin embargo, éstas no llegan a los centros privados religiosos (E16):

“E9: en la ESO vinieron a darnos una charla de todo eso, y, hombre, tú sabes ya ahí están las hormonas más revolucionadas que todo, las niñas menos a lo mejor, pero los grupos de nosotros, pues ¡hooostía, condones!, no sé qué, que te lo tomas un poco a cachondeo, aunque en el fondo te sirve [...], el hecho de que ya lo estás tocando y ya estás sabiendo lo que es, lo quieras o no, estás teniendo un contacto con lo que te puede ayudar el día de mañana tío. Y yo eso lo veo bien, las charlas esas y sobretodo cuando reparten condones” (E9:20).

“M: que a lo mejor te informan pero, yo qué sé, que parece ser que a la edad que te dan la charla ya sabes bastante [...] sobre todo que nos daban una charla por medio de un power point y.. te van diciendo cosas que tú ya las sabes y algunas veces dices: coño, que eso ya lo sé, que con la edad que tengo, que yo pienso que deberían darla en primero y segundo de ESO” (E15:18).

“J: no nunca me ha pasado, la verdad que es que a mis amigos sí, en el colegio y tal pero como mi colegio es del Opus ¿no? de curillas así, pues no, la verdad es que no van a repartir preservativos como aquí en el público

E: cómo ves que tratan estos temas, allí en tú instituto...

J: pues no sé, bueno, muchas veces se ponen a hablar así pero como hablan tan serios que, te da como ... yo no le puedo preguntar a uno no sé qué [...] el profesor, que es del Opus también, nos preguntó: venga voy a hacer unas preguntas, venga me las hago yo mismo y empezó: “Don Francisco y por qué no nos podemos hacer pajas” y, en plan porque “no somos animales” no sé qué, “los animales se guían por su instinto” y ya pues empezó a dar una charla de no, no se hace, no sé, cosas así...” (E16:11).

El “discurso institucional” (provenga de las autoridades sanitarias, los padres, los profesores, etc.) no llega a los más jóvenes porque suele ser prohibicionista y generalista; rara vez parte de la experiencia cercana. Sin embargo, la experiencia de los amigos y amigas es la que cala más, sea veraz o no:

“Varios: pues con los amigos

H2: a lo mejor también con la familia, pero a lo mejor una tía que confíe en ella

H1: un primo o algo

H2: primos, primas” (GD3:16).

“HUG: los padres es de lo más importante ¿no? que influyen en el niño, en la educación, pero luego también creo que es muy importante, el entorno y los amigos y el boca a boca, porque a un niño le pude decir su padre: usa el preservativo porque hay enfermedades, tal, pero si luego llega un amigo y le dice: pues yo he mantenido relaciones sexuales con una perla y no ha pasado nada, el otro, ah, pues yo también y no ha pasado nada, otro, pues dices:

Varios: ... ah, no pasa nada...

HUG: entonces te vas encontrando experiencias que a lo mejor son mentira y ahí es cuando también se tergiversa un poco la información [...]” (GD4: 24).

La relevancia del grupo de iguales no sólo como informadores, sino también como pivote central de la vida cotidiana de los chicos, es clara y se observa en sus manifestaciones:

“imagínate si tengo una novia y la veo todos los días o cada dos días, al final es perder mucho tiempo sin mis amigos...” (E15:14).

Aunque estos chavales nunca han acudido a los sanitarios en busca de información, los médicos de atención primaria forman parte de los recursos potenciales de una minoría y, para situaciones problemáticas.

“aparte de los colegas, pero a lo mejor la experiencia que haya tenido tu colega no sea la más indicada que

te pueda contar a ti, pues no sé, yo es que como no he tenido la situación tampoco pero para eso están los médicos también ¿no? Tú tienes tu médico de cabecera y informarte de esto, o Internet o alguien que tu sepas, los centros estos de la juventud, si es que estamos en la edad de... tantas actividades, hombre yo nunca he ido a uno de esos pero hacer actividades también de esto, tío, de orientar también un poco a la gente” (E9:21).

2.1.2 Iniciación a la antigua: el referente televisivo y pornográfico

También son sus referentes la televisión además de las revistas y películas pornográficas.

“una serie que yo veía, antes de empezar y todo eso: “Compañeros” tío, y hablaban muchas veces de eso y empiezas a poner la oreja. Yo me acuerdo coño, la primera vez que yo vi una tía en pelotas tendría siete u ocho años, y viendo chingar a la playboy en una librería que además conocíamos al librero y íbamos y la robábamos por vergüenza a comprarla. Miramos la playboy y luego te ves una película porno y decir: o sea, yo tengo que meter esto por ahí (risas) y cómo va a caber esto por ahí tío, y ya pues a medida que vas creciendo, pues vas fijándote más. Pues, joder, las tetas que está echando ésta o el culo que tiene ésta, y empiezas a decir, tío pues los condones, ¿y eso cómo mierdas...? Coger un condón y joder meto la polla eso es más grande que... y ya pues, empiezas a ver que si una película, que si tal” (E9:18).

H2: están las niñas con las telenovelas, con el patito feo ese

H3: la televisión dice muchas cosas...

H2: es la tele, es la tele...” (GD3:15).

La pornografía es señalada como una fuente de información clave sobre el acto sexual. En la discusión del GD4 se destaca la influencia de este tipo de cine en los estereotipos que se crean de cómo tiene que ser el sexo entre un hombre y una mujer. Ahora bien, las referencias a la pornografía proceden sólo de los chicos:

“[...] pero tío ¿qué hacen niños de trece, catorce años?, mirar pelis porno ¿sabes? Y ¿qué aprenden con las pelis porno? [...] pero luego a la mujer cómo la tratas, pues igual que en una peli porno, tío. Y es lo que dice él, yo creo que es muy importante...” (GD4: 25).

2.1.3 Internet: el gran aliado

Internet supone, sin duda, un gran adelanto para el acceso a la información: siempre disponible, anónimo, ilustrado, con explicaciones ... tanto que te informa aun sin querer:

“y ahora más con Internet y todo esto es muy fácil que mucha gente se documente, hasta sin querer” (E9:18).

No obstante, aunque todos hacen alguna referencia a Internet ninguno relata búsquedas o hallazgos concretos. No lo utilizan con fines informativos. En realidad no buscan información porque consideran que ya lo saben todo y porque recurrirían a él si se presentaran problemas serios. Los problemas se afrontan cuando se presentan, no han incorporado esa lógica preventiva que pretende la medicina.

“E: si tienes alguna duda, algo que consultar, a quién recurrirías?

J: no sé, es que... creo conocerlo todo así, pero... no lo sé, la verdad, a quien preguntarle, pero me informaría por Internet o tal, antes que preguntarle a mis padres, es que me da vergüenza decirle “papá, que es eso...” (E16:12).

2.1.4 La familia, se desentiende o se retrasa

Los progenitores y familiares mayores de las clases populares siguen sin dialogar sobre afectividad y/o

sexualidad con sus vástagos o haciéndolo tarde (cuando las ideas básicas ya están asentadas y ya han tenido sus primeras experiencias) por lo que no forman parte de sus referentes informativos. Por ejemplo, la madre de E9 le recomendó tomar precauciones cuando él ya había tenido su primera relación. Le costó mucho, estaba ruborizada, él percibió la vergüenza que sentía su madre al hablarle de estos temas.

“eso de que te viene tu padre y te coge y te lo dice, vamos a hablar de... a mi no me ha pasado, yo creo que le ha pasado a muy poca gente, no sé” (E9:18).

“mi madre lo que me dijo hace un par de años fue, porque estaba yo con una chavala y ella se iba de viaje a Alicante: mira nene, si te tienes que pegar un revolcón te vas al campo y te pegas el revolcón, pero en mi casa no. Y, mi padre en cambio siempre saltaba, no seas tonto y tráetela esta noche (risas), y cuando he hablado con mi madre de esos temas, ella me ha preguntado alguna vez -que parece que le da a ella más vergüenza que a mi-, creo que fue el año pasado, pero ¿tú usas condones?, y digo mamá, sí. Que yo no quiero ser abuela todavía, y yo, que no (risas), mi madre, a mi no me da vergüenza que a lo mejor a ella sí le ha dado ¿sabes? en decírmelo” (E9:19).

“J: no, es que mis padres, no sé, como me vieron tan espabilado así ...desde tan joven, dijeron anda si tú ya sabrás más que nosotros ... no sé, nunca me han hablado.

E: ¿y con tus hermanos?

J: no, no sé” (E16:10).

En general, en el GD3 se aprecia cierta vergüenza a hablar con los padres de sus intimidades, sus deseos y afectos, aun teniendo confianza para fumarse porros con ellos, no tratan estos temas. Uno por uno, hasta seis afirman no hablar con sus padres: ni yo, ni yo...

“H2: con el padre no, tal vez con la madre algo pero que... tampoco

H1: eso mejor es no comentar nada

H2: alguna vez mi madre me lo ha dicho: “niño, ponte un globo” , “no hagas locuras”” (GD3:16).

Aun así, siguen convencidos de tener mucha información. Incluso, demasiada información, lo que estaría provocando “pasotismo” entre los más jóvenes. Además, la información en ocasiones aparece distorsionada, las dudas no se solventan adecuadamente (desde que la Planificación Familiar ha dejado de financiarse, se pierden múltiples ocasiones de transmitir información completa y pausada).

“HUF: claro están tan informados que ya están saturados de saber y no quieren más... si todos sabemos lo que nos puede pasar...” (GD4: 3).

“HUG: yo creo que información sí hay, en general, luego también es verdad que hay mucha información distorsionada. Por ejemplo, lo de la píldora anticonceptiva, muchas mujeres la toman y muchas ni se plantean que sea malo, o sea, muchas se la están tomando tres o cuatro años y creen que puede que le cambie un poco el ánimo y tal, pero no piensan que puede repercutir en algo mayor, y sí puede repercutir...” (GD4: 20).

2.2. La incorporación de los saberes expertos

La información y las recomendaciones procedentes de los ‘expertos’ son generalmente reinterpretadas por las poblaciones a las que van dirigidas, para adaptarlas así a sus prácticas anteriores. La religión católica es, como sabemos, la principal institución que se opone explícitamente al uso de anticonceptivos, pero la eficacia de sus mensajes sobre las prácticas de los chavales es limitada. Sus preceptos son reinterpretados, actualizados y adaptados a la propia situación. Por ejemplo, el estudiante del centro del Opus adapta los preceptos de la religión católica a su situación de chaval de 17 años deseoso de experiencias sexuales. Él utiliza el preservativo aun creyendo que no es lo correcto, su estrategia argumental es relativista: no se ven las cosas igual desde dentro que desde fuera, y, en el juego sexual él está dentro y ‘pone un medio ahí’. Lo expresa así:

“E: ¿qué opinión tienes del tema de utilizar anticonceptivos?”

J: pues es que cuando lo miras desde fuera tienes una opinión pero que cuando la miras desde dentro, dices: joder, es que... si yo hiciese esto. Es como, por ejemplo, lo de la ley del aborto, o sea muchas niñas dicen: es que yo estoy en contra, no sé qué, es que si una niña se queda embarazada pues que se aguante. Que luego yo pienso pero si te pasase a ti abortarías, es que eso es... lo mismo en plan... los anticonceptivos en sí. Yo es que lo veo en plan desde dentro, es totalmente otra opinión, bueno en mi caso no sé, por una parte lo veo mal porque el hecho de la relación sexual ¿no? tiene un fin que es el tener hijos ¿no? Pero es claro ... eso es lo correcto ¿no?, pero luego en sí, claro pasa que luego lo ves, tal no sé qué... y siempre pones un medio ahí, que se quede solo eso porque... somos jóvenes ¿no?” (E16:9).

De este chico reproducimos también la interpretación que hace de las palabras del profesor que presentaba la masturbación como una práctica animal a evitar. Recomendación que él desestima por considerarla parte de una estrategia subliminal de concienciación:

“J: bueno, en parte yo le doy toda la razón ¿no? porque es verdad que muchas veces nos dejamos llevar un poco por nuestros instintos ¿no? Me apetece esto, pues esto es lo que voy a hacer y ya está. Y, no sé, pero que nos preparan también así, como subliminalidad ¿no? en plan de que sin que te des cuenta ¿no? pero te van enfocando a eso, a que tú tienes que ir lo que es directo: si te echas una novia que dure hasta el matrimonio, el fin del matrimonio es tener hijos y tal, básicamente nos llevan por esa filosofía...

E: porque, por ejemplo, los del Opus, lo de las relaciones prematrimoniales...

J: no, y lo que es el tema del aborto hemos tenido muchísimas disputas en plan de... mirad este artículo que ha salido no sé qué, “vamos a discutirlo”, y. pon, pon, pon ,pon ,pon... y que, no sé cómo lo hacen pero siempre acaban teniendo ellos la razón ¿no? de veis como esto no es así, que esto es así, así, así... como tontos... “si, si” (E16:11).

Sin duda, el conocimiento experto que más claramente han incorporado estos chavales es el que hace referencia al riesgo que corren de contraer ETS cuando no utilizan preservativo en una relación sexual con penetración. Las enseñanzas sobre la responsabilidad compartida con las chicas, los riesgos de embarazo ... ocupan un lugar muy secundario para ellos.

“E9: porque está la gonorrea, las ladillas y toda esa mierda ¿sabes? está el SIDA tío, y vamos a ver, lo veo como una cosa que si puedes evitarla, tío, igual que si te puedes evitar un resfriado, pues te puedes evitar que te pique la polla tres días ¿sabes? lo veo una manera pues que están para eso, y, que si puedes prevenirlo “ (E9:23).

“HUH: [...] si tú tienes una relación esporádica con una persona que no conoces de nada yo creo que es sensato y, te moleste o no te moleste, ponerte un preservativo, porque...

MUA: es lo más sensato

HUH: yo por lo menos, como tío, prefiero quedarme tranquilo...” (GD4: 10).

2.3 La lógica masculina y la protección del miembro viril

Los chicos más concienciados de la conveniencia de usar preservativos y que más uso hacen de las medidas preventivas, lo hacen por proteger su miembro máspreciado: el pene. Esta preocupación masculina que mostraban los datos cuantitativos es confirmada por E9 (19 años, clase baja y medio rural) que sostiene usar siempre preservativos por salud (para prevenir infecciones).

“[los anticonceptivos] se deben usar, pero además porque, ya quitando el tema de que esa persona se puede quedar embarazada, porque coño [...] si es una persona que has conocido esa noche tú cómo sabes con quién ha estado esa persona la noche de antes, o lo que te puede transmitir que nada más que por el hecho de salud es una cosa necesaria (E9:16).

“yo soy muy hipocondríaco además ¿sabes? y lo hago más por un tema de salud que ya por el hecho de que se pueda quedar embarazada, pero que muchos amigos míos, si ella se toma la pastilla pues no pasa nada, pues a pelo, pues mira, muy bien por ti, yo no lo habría hecho ¿sabes?

E: o sea que marcha atrás y todas esas cosas...

E9: no, o sea tengo colegas que sí, pero que no, antes de llover chispea (risas)” (E9:18).

“J: bueno, si es una persona joven, le diría que para no llegar a ese fin, para no dejarla embarazada y que tal, y no sé, eso es una parte, y luego también, para las enfermedades y tal para no pillar ninguna enfermedad y tal, de transmisión...”(E16:10).

No se observan indicios de corresponsabilidad, implicación y solidaridad con las compañeras. Aquí, lo importante es prevenir la transmisión de enfermedades, E9 no ha ido al médico a solicitar información, no obstante considera que los profesionales dan información muy técnica y poco práctica, cuando lo importante es que ayuden a prevenir las ETS:

“E9: es que yo creo que sería más la parte técnica por decirlo así, pues mira, los huevos, los testículos es lo que crea el este, pasa por este conducto... y, nunca he ido, pero yo creo que sería un estilo a eso... te explicarían más bien qué es lo que sucede [...] deberían de preocuparse más por las enfermedades y mierdas de esas y de intentar prevenir que pasen esas cosas, de ayudar a gente que se ve más perdida, por ejemplo, gente que no tenga acceso ni al instituto, o sea que no puedan ni informarlos allí” (E9:22).

Un argumento coherente con el tradicional concepto de masculinidad es aquel que lleva al chico a ‘follar’ cuanto más y más temprano, mejor. En esta línea, aunque el chico tenga incorporada la importancia de usar protección, prefiere que sea la chica quien exija el preservativo en vez de ser él, el ‘hombre’, quien renuncie a mantener una posible relación sexual. Ellos confían en que sean ellas quienes les frenen en caso de no tener preservativos, de este modo no tienen que renunciar a su hombría (esa que les empuja a ‘follar’ siempre) ni arriesgarse a tener relaciones poco seguras (cuando están convencidos de la conveniencia de prevenir):

E9: “me ha pasado una situación de irme con una tía y no llevar condones, saber que voy a lo que voy, e ir por el camino diciendo, que lleve condones porque si no, yo lo más seguro es que le diga que no... aunque también, yo qué sé, siempre que me ha pasado, mm... la tía también me lo ha preguntado ¿sabes? de que no he sido, de que aparte de que yo no, si no hay preservativos yo diría que no, la tía también me ha dicho de oye si no hay condones” (E9:20).

Esta lógica es también compartida por el GD3 aunque el argumento nunca se hace explícito, las vueltas y revueltas que dan para defender el uso del preservativo, indican ese interés disimulado en su uso. Pero, sí se explicita en el grupo de más edad y clase social acomodada (GD4):

“HUF: Yo creo que eso simplemente, mira, no es ni por el SIDA, mira cómo se te puede quedar el pito... y te digo porque a mi me pasó eso, o sea, por gilipollas y por no tomar precauciones me pilló una infección de orina de caballo, y, o sea me costó casi dos meses de antibióticos y todo. Eso si, no he vuelto a follar con una tía sin condón, si no era mi pareja habitual ¿sabes? Porque con una y no más, porque lo sufrí mucho y duele, y es muy, muy, muy [...] y además lo que decía, las tías eran las que me invitaban a mi a quitarme el condón incluso cuando yo me lo ponía... no, quítatelo, que da igual... tomo la píldora, o cualquier historia” (GD4: 38).

En base a lo cual hay que reforzar en las chicas la idea de que ellos están deseando que les exijas el condón porque son reticentes a renunciar a un coito.

2.4 El machismo imperante

La socialización familiar de estos chicos está claramente diferenciada por el género. Los progenitores de clases populares rurales transmiten, en general, una ideología sexista a sus vástagos quienes, probablemente, reciben una educación más igualitaria en la escuela. Así, aunque estos chavales no se consideran machistas, sus discursos están cargados de expresiones que muestran lo contrario. Así, la chica con la que E9 accedió a su primera relación sexual exigió el preservativo y, al no disponer del condón en el primer momento, es calificada como una zorra y una golfa. El doble rasero, la doble moral aparece rápida y ampliamente extendida. Aunque, a veces lleve un barniz de igualitarismo que encubre posiciones más conservadoras y restrictivas que igualitarias (E16, 17 años, centro privado religioso).

“E9: la chavala, la chavala una golfa

E: ¿era también de tu curso?

E9: sí, y conocía a muchos de mis amigos, en todos los sentidos, la verdad. Era como allí decimos en cada viaje de estudios siempre hay, porque bueno si un tío se puede liar en el viaje de estudios con dos, y la tía se puede liar con dos, pero siempre hay una en todos los viajes de estudios de Vélez Rubio que se líe con siete ¿sabes?, pues esa fue la de mi viaje de estudios... sí...” (E9:10-11).

“J: cuando un tío se enrolla con más tías, es un máquina, y luego la tía se líe con más tíos y ya es una cerda, ya está mal visto, pero básicamente en ambas partes, también lo veo mal liarse con tantísima gente, porque no es un juego, no es un juego, es algo serio [...]

pues, los niños deberíamos, para ligar, currarnos un poquillo lo que es pique de las niñas, pero las niñas están muy facilonas últimamente” (E16:5/9).

“J: pues aquí, por ejemplo, son más sueltas, más de confianza por ejemplo ¿no?... bueno y también el caso de niños ¿no? pero mayormente son así, las de Granada son más tímidas, más vergonzosas, más cortadillas y luego las de aquí, del Padul, son más liberales, más sueltas, más... mira no sé qué, más bestias por así decirlo.

E: cuando dices que están mas sueltas te refieres a que...

J: si, a más guarrillas, de que... mira no sé qué, yo que sé” (E16:15).

“H3: si una tía ha estado con muchos tíos, más experiencia, más...

H2: no es lo mismo, tío...

H7: es mucho mejor porque no te vas a casar con ella

H2: no es lo mismo, si tú tienes una niña, ahora el padre tiene una niña, no le gustará que se acueste con todos, y ya un niño pues ya te da tu padre la enhorabuena (risas) Suele pasar, no te regañan ni nada, te riñen menos

H3: yo opino que en la sociedad todavía hay mucho machismo

H7: que haya muchas guarrillas por ahí... pues mejor, pues mejor

H5: más deporte... si fuera algo malo, si fuera una droga y todo, pero es algo bueno, todo lo que sea ...” (GD3:2).

Reconocer y respetar el papel activo de las chicas respecto a su sexualidad trae consigo sentimientos encontrados. La lógica machista impregna la acción y el lenguaje en aquellos temas donde lo nuevo no acaba de asentarse ni lo viejo de desaparecer. Lo que da lugar a una doble moral constante en el discurso: se valora positivamente el papel más activo de las chicas y, a la vez, se descalifica. Así los términos más comunes para designar a las chicas sexualmente más activas son: sueltas, facilonas, guarras, guarrillas, ligeras, cerdas, zorras, golfas y bestias. Por oposición están las chicas tímidas, cortadillas y vergonzosas. Siguiendo la tradición, los chicos sostienen preferir a las segundas aunque “no se dejen”, pero están con las primeras. Continúa pues vigente la vieja lógica machista que ‘utiliza’ a unas chicas para diversión y a otras para ‘casarse’ (los chicos de las clases populares, piensan en casarse).

H5: ¿y qué? Pues, otra más para la lista y ya está, mientras folle, no te vas a casar con ella ni nada [...]
H2: te coges tres o cuatro cubalibres y ya está, deja a una niña abierta de piernas (risas)... es verdad una niña con dos o tres cubalibres le das lo que quiera [...] y no te dicen que no, y aunque no tengas condón, ellas no te dicen que no
H1: con el calentón no te lo pones, ni hartos reír" (GD3:3/4).

H3: ellas son las que tienen que tomar más precauciones porque al fin y al cabo...

H5: son ellas las que se van a quedar preñadas

H2: claro, las que se comen el marrón son ellas

H5: nosotros tenemos los orgasmos y ya está

H2: con que yo diga que no es mío" (GD3:12).

"[...] todas las muchachas me llevo medio bien, menos con las yo soy un poquillo cabrón, pero

E: ah ¿sí?, ¿eres un cabrón...?, ¿por qué?

M: yo que sé, con alguna estas así, de rollete...y la he mandado a tomar por culo en cuanto ha venido otra medio mejor y esas me tienen un poquillo picado" (E15:7).

También la semantización del trabajo doméstico como ayuda a la madre, delata su concepción de ese trabajo como un trabajo que corresponde a las mujeres. Respecto al supuesto reparto del trabajo de crianza, alguno se manifiesta dispuesto a asumirlo en el hipotético caso de que fuera su única opción :

"E9: si mi mujer tuviese trabajo y yo no tuviese trabajo, pues claro que si, si no me queda otra, o sea es que es el mismo trabajo, igual que hay un azafato en un avión tío, o sea, si tienes que limpiar tú la caca, pues la limpias y ya está, ya te digo, eso es que la visión esa machista de que yo no limpio porque eso, el tío, no" (E9:24).

Otrora, la mayoría serían capaces de hacer cualquier cosa por no quedarse en casa: "ya se me ocurriría algo, algo saldría". Estos chicos suelen afianzar explícitamente su rechazo al machismo por el rechazo a la violencia de género y por considerar al primero desencadenante del segundo. Sin embargo, sus discursos llevan implícita (y, en ocasiones, no tan implícita) esa postura machista:

"E9: para mi no hay nada más sagrado que una mujer, para empezar a mi me dio la vida una, y me tuvo nueve meses, y a la persona a la que más quiero en el mundo, ¿cómo puedes ser capaz de querer tocar a una, por decirlo así, al sexo que te ha dado la vida?, ¿que hace que tú estés ahí?, o sea eres un cobarde, un mierdas, para mi eres lo peor, lo peor que puede ser una persona, y por eso mismo, como yo creo que el machismo tío, te lleva a ese extremo de una persona que le pega a una mujer es un hombre machista [...], como te digo eso, te digo que veo también que una tía, por ejemplo, el hecho de jugar al fútbol, una tía nunca va a jugar al fútbol como un tío, pero más que nada porque el físico de esa mujer, igual que tú no puedes tener un hijo, ella no puede pegarle una patada a una pelota como le estás pegándole tú, a lo mejor empieza a entrenar y es mejor que el mariquita de la clase, porque es que hay uno que tiene más pluma ¿sabes? Que igual que te digo eso, te digo también lo otro" (E9:24).

2.5 Trayectorias sexuales y desordenes amorosos

2.5.1 ¿El final del amor?

Algunos chicos diferencian entre el amor (sentimiento) y el sexo (placer). Si una chica es tú pareja es porque la quieres, otra cosa es un rollo de una noche. El amor es arriesgado porque te puedes llevar muchos palos, si es sólo sexo el palo es más liviano; arriesgas menos. Los discursos oscilan entre esta diferenciación y la negación de la existencia del amor pasando por la complementariedad de ambos. Discursos que continúan mostrando el machismo reinante: "me la follo", no es un acto entre dos, es un acto de posesión, de dominación masculina.

La diferenciación entre amor y sexo es realizada por los más prudentes: E9 y E15.

“E: el amor lo veo más como, yo qué sé, es el sentimiento tío que tú tengas hacía la persona, y el sexo es más el placer, o sea, yo creo que deberían ir más cogidos de la mano, de decir, si tú te acuestas con una persona es porque de verdad la quieres, ya sea porque es muy, muy amiga tuya, una persona que sea muy amiga tuya y te emborrachas con tus amigas y dices venga tío: yo ésta noche echaría un polvo, y, tu amiga: mira yo también. Vamos a echar un polvo, pero a esa persona la quieres tío, es tu amiga. Luego, cuando ya es tu pareja es porque de verdad la quieres. Que te deja tu novia y te tiras siete meses sin follar y dices, pues me cago en la puta, y si salgo esta noche de fiesta y me lío con una y si me quiere ver, pues me la voy a follar, eso sí, a lo mejor a la mañana siguiente no la vuelvo a llamar, pues eso ha sido por puro placer” (E9:11).

“M: estar enamorado son... sentimientos que, a lo mejor tú no te das cuenta pero luego con el paso del tiempo te das cuenta de que estabas enamorado de esa persona o no, o yo qué sé y el sexo pues es relacionado todo.

E: y, a ti que te tira más: ¿el sexo o el amor?

M: hombre, sobre todo el sexo, porque el amor, hasta un cierto punto puede llegar a ser bonito, no sé porque si luego, yo qué sé, que luego en el amor te pueden dar grandes palos y en sexo solo también pero no de la misma manera, no sentimentalmente...” (E15:11).

La complementariedad es defendida por los más religiosos (E16): amor y sexo están integrados, conforman el punto de unión de la unidad familiar.

“J: últimamente se esta dando a conocer en plan de que tú puedes hacer sexo sin tener amor y ... en verdad, no tendría que ser así, si cuando haces el amor con una persona es porque haces el amor, ¿sabes? el sexo es parte del amor, habiendo el amor a raíz va el sexo...yo lo veo así, no sé

E: tú lo prefieres

J: sí, además no es lo mismo que cuando tú tienes relaciones sexuales con una persona a la que quieres, no es lo mismo que con otra persona a la que acabas de conocer, no es nada igual, con la que estas en plan enamorado, es que es todo especial, es satisfacción, no sé, acabas con alegría” (E16:7).

El final del amor es sostenido desde el otro extremo. Es el discurso del GD3: el amor ya no se lleva, el amor no existe, es una idea anticuada. Hoy en día hay muchos divorcios, la gente tiene varias relaciones a lo largo de su vida y eso significa que no hay amor. Lo que hay y lo que se siente es el sexo.

E: ¿qué relación hay entre el amor y el sexo?

H2: hay poca ya, antes sí

H5: qué amor, tú sientes un polvo, qué amor ni qué amor

H1: sí, pero ya, yo qué sé

H2: no, pero si tu tienes tu novia, ya hay amor, según ellas. Pero, el amor se está perdiendo, hay poca gente enamorada [...] el amor... muy difícil” (GD3:18).

2.5.2 La primera vez, para olvidar

Los chicos tienen prisa por mantener relaciones sexuales. La competición entre iguales se articula entorno al descubrimiento del sexo femenino: ver, tocar y ‘follar’, son las fases del proceso. El colofón es lograr mantener la Primera Relación Sexual el primero, E9 era el “más adelantado de su grupo” y tuvo su primera relación sexual (PRS) a los 16 años:

E9: “en mi grupo, yo iba el más adelantado en verdad. Pues a lo mejor tenía quince años pues no me la follé, pero coño, le toqué el chocho ¿sabes lo que te digo? (risas) lo típico, y luego lo decías y, que le estuve metiendo anoche mano y no dijo nada y no sé qué, que casi me la follo (risas). Yo me veía más espabilado,

pero luego te das cuenta de que no, de que hay chavales que a lo mejor con doce años ya han follado, y hay chavalas que con trece años han follado, [...] a lo mejor un colega que te echaste dos años después, hostia yo cuando me follé a ésta tenía catorce años, hostia tío pues yo tenía dieciséis años cuando..." (E9:12).

Su primera vez fue en el viaje de estudios, totalmente borracho y con condón: la chica lo exigió.

"E9: mi primera vez fue en el viaje de estudios de primero de bachiller. Borracho perdido tío, si te digo la verdad no me acuerdo de la mitad (risas), y fue una tontería, porque era una tía que el novio me quería pegar luego [...] Toda la gente que íbamos empezamos a beber y a lo mejor me iba con un grupo y me bebía un cubata de vodka, con otro me bebía un whisky, con una chavala, me bebía una cerveza [...], después de eso me subieron para arriba, y yo iba KO. Que te vamos a llevar con la M, y yo, que no quiero verla, que es una zorra, porque antes de empezar a emborracharme yo no llevaba condones y me dijo que no, y entonces fui a buscar a un amigo mío, pero claro, como ya me lié con los cubatas: "que no, que esa es una zorra", total que me subieron para arriba y luego con el calentón ya si llevábamos..."

E: si llevabas condones cuando...

E9: después si, después si, si porque yo sabia que un amigo mío [...] llevaba y le dije, macho dame, que me van a hacer falta luego. Luego no me acordaba de que los llevaba ¿sabes?... hombre, fue una cosa en verdad muy rara, o sea, yo lo digo coño, para ser la primera vez, me cago en dios, que esto te lo estás perdiendo, porque a la mañana siguiente es que ni me acordaba tío, yo me levanté con una resaca para morirme (risas)" (E9:10-11).

También E15 tuvo su primera experiencia con una chica a la que conocía poco, de una semana. Fue a los 15 años en las fiestas del pueblo y también con condón.

"E: claro... ¿cuándo fue tu primera vez?

M: pues el verano pasado.

E: ¿si?, ¿cómo surgió?

M: pues, si te digo la verdad, estábamos en ... hay una verbena que la llaman la Virgen de Agosto y son unos pocos días que hay verbenas y no sé qué y una muchacha que es de aquí pero que no la conocía de nada... y llevábamos una semana por ahí, juntándonos con la muchacha, y yo qué sé y... me dijo que si nos liábamos y nos fuimos, en la entrada del pueblo por... el polideportivo [...] con preservativo..." (E15:11).

La trayectoria sexual de E16 (colegio del Opus) comenzó a los 12 años: fue un revolcón sin condón, a lo loco, con una chica que tampoco conocía; les acababan de presentar.

"J: la primera vez fue a los doce en una fiesta con amigos, de cumpleaños estaba. Yo es que respecto a los de mi edad con doce años era el más alto, pegue el estirón mucho antes que todos entonces aparentaba más. Tenía barbilla y todo con doce años y crecí súper rápido y no sé, entonces pues ligaba con gente en plan con dos o tres años más grandes que yo ¿no? Entonces en una fiesta y tal, me presentaron a una y nos subimos arriba a la terraza y estábamos allí hablando y tal y estábamos liándonos, y luego ya cuando nos bajamos al cuarto y ya pues no sé, dejar llevar, dejar llevar hasta..."

E: y ¿cómo ves tú aquella primera relación, cómo la recuerdas...?

J: la recuerdo en si, si, estuvo bien, pero no como me hubiese gustado mi primera vez. Claro, ahora piensas que la primera vez tiene que ser especial y no sé qué y no ahí un revolcón y a la primera, pero..."

E: ¿y tomasteis alguna medida aquella vez?

J: no, fue a lo loco, no sé..." (E16:7).

Debido a la prisa y a los dictados de la tradición, la iniciativa suele ser de los chicos: ellos llevan la voz cantante porque consideran que tienen una necesidad biológica que satisfacer y ellas no. La televisión vuelve a aparecer como uno de sus principales referentes:

"sí, siempre llevamos un poco más la decisión de decir venga vamos...porque es como una cosa que yo leí

de que un tío piensa en sexo cada cincuenta y cinco segundos, y yo es que creo que eso es verdad, que hay tías que es que se tiran tres meses sin follar y no pasa nada, pero porque el metabolismo de ellas tío, como dicen en el hormiguero “las mujeres, ese gran desconocido” (risas) y, y yo creo que por eso que las tías pueden pasar sin eso pero el tío, parece que te da el calentón y dices: es que tengo un calentón encima tío que o follo o me hago una paja [...] Pero yo creo que sí, que lleva más el hombre la voz cantante, a la hora de decir, pues vámonos a, tienes ganas de “ (E9:12)

“J: la iniciativa normalmente la tiene el niño ¿no? pero, claro, si la niña también empieza a mirarte o algún gesto un guiño o algo...también tiene... (risa) [...]” (E16:5).

2.5.3 Las trayectorias afectivo-sexuales

Estos chicos tuvieron su PRS con 12, 15 y 16 años, con chicas que no conocían. Después todos hablan de al menos una novia en su vida. La historia amorosa de E16 se resume en una novia que tuvo durante 3 años (de los 13 a los 16) fue cuando le prohibieron estar con ella, cuando más se enamoró y la razón de dejarlo.

“J: yo es que al principio no la quería... o sea, si la quería y tal pero no como novia, más amiguilla, más como tonteillo y tal, y, yo pues le hacia en plan daño, y me aburría de ella y decía... “venga vete con tus amigos o algo” o la mandaba ahí a tomar viento, [...] y llegaba llorando a la casa y, de tantas veces que me han dicho sus amigas que ha ido llorando, la madre le dijo: “mira, no te juntes más con él si vas a llegar siempre así ...” y al final pues la madre le prohibió verme. No sé si es por la prohibición, pero al final pues acabé yo enamorándome más de ella [...] yo la he querido muchísimo igual que ella a mi” (E16:5).

E9 ha tenido tres novias; la actual es cuatro años menor que él y llevan poco tiempo juntos. Todas le gustaban por algo más que el físico, “realmente merecían la pena”. E9 es partidario de hablar, de conocer a la persona antes de tener relaciones sexuales, a excepción de cuando estás borracho o tienes un calentón, entonces se entiende que resuelvas rápidamente:

“E9: yo siempre he tenido claro lo que quería, o sea yo no he estado con una tía si de verdad esa persona no me ha gustado. A lo mejor, esto de tener una noche el calentón pues dices, pues si ¿no? he quedado con ésta chavala, he pasado una noche guay y, al día siguiente, la chavala te dice: nene vamos a quedar otra vez, si voy a quedar otra vez contigo pero a lo mejor ya no va a ser de la manera que tú te esperas. Yo he tenido tres novias en mi vida, lo que son de estar, y han sido porque he visto que esas personas de verdad, han merecido la pena, no es por decir, hostias, es que tiene el culo, tiene unas tetas, no. Yo veo que no todo es que esté buena, o sea, estás con una persona y no vas a estar todo el día follando, que también tienes que hablar y veo que hoy en día pues la gente está perdida en la vida, que se echa una novia por decir, mira tengo esa novia porque es muy guapa, pero me quiero follar a esa, o sea, pues tú no tienes las ideas claras y te vas a llevar palos en la vida [...] por gilipollas” (E9:6).

En el polo opuesto a E16 se sitúa E15. Mientras que el primero es partidario de hablar y de establecer relaciones afectivas (3 años de noviazgo), el segundo tiene una ‘follamiga’. Tuvo, eso sí, una novia durante 3 meses, período en el que le puso los cuernos, la chica se enteró, se enfadó y cortó la relación. Ahora ni tiene ni quiere novia, para él lo importante es tener tiempo para estar con los amigos, para aburrirse con ellos:

“tampoco quiero estar, porque...si cuando viene esta muchacha, es lo que me dicen mis amigos que estoy todo el día, pues tu imagínate si tengo una novia y la veo todos los días o cada dos días, al final es perder mucho tiempo sin mis amigos...

E: ¿sí?, ¿por los amigos?

M: bueno, tampoco me gusta estar muy agobiado y eso.

E: sí, porque las novias...

M: siempre quieren que estés con ellas y cuando... bueno, algunas entienden que vayas con tus amigos

y eso, pero la mayoría, siempre quieren que esté con ellas, no sé. Y yo lo llevo mal, tengo que tener mi tiempo ¿eh?” (E15:14).

“M: para cuando estamos aburridos porque aquí nos aburrimos muchísimo. Cuando estamos aburridos pues nos vamos a donde sea...Lo que pasa es que al final, en todos los pueblos pasa lo mismo que se abre un montón la gente, pero bueno [...]

M: la verdad es que somos todos unos perros, porque no hemos estudiado ninguno y [...] nos gusta muchísimo la fiesta, eso a todos, yo qué sé.

E: ¿qué os gusta hacer juntos?

M: jugamos mucho al poker, últimamente, bueno, desde hace un año y pico. Y... jugar al fútbol. Y tenemos... bueno, si un “arramal”,o como quieras decirle y hacer botellón” (E15:4).

Su ‘follamiga’, es una chica con la que casi no habla, sabe poco de ella, la relación se limita al sexo:

“M: pues, bastante bien. Porque, salí y... se supone que tengo una amiga entre comillas. Vamos follamiga, para hablar claro [...] y cuándo salí, pues la veía venir, que es de Córdoba, ehh, le veía venir y... vamos que no estuve en el botellón nada.

E: ¿dónde estuvisteis?

M: eh... pues follando, hablando claro” (E15:1).

“M: como solo viene de vez en cuando los fines de semana, pues los fines de semana que no está, pues voy a mi bola y los fines de semana que está, pues voy a mi bola hasta una determinada hora, y ya está.

E: y... ¿habéis hablado de cómo es vuestra relación y esas cosas?

M: pues yo qué sé, se queda entendido... bueno, que se queda entendido que es así [...]

E: pero la chavala cómo lo ve...

M: yo qué sé.

E: ¿no lo hablas con ella?, ¿habláis por teléfono?

M: los mensajes...” (E15:9).

“E: ¿y ella había tenido otras relaciones antes?

M: sí, creo que sí, no lo he hablado con ella, pero yo creo que sí” (E15:12).

El hábitat condiciona la manera de relacionarse, de ligar ... sobretodo en los pueblos hay un fuerte control social: todos se conocen y uno no puede salir cómo y con quién quiere porque todo el pueblo se va a enterar rápidamente. El GD3 habla de la libertad que hay en la ciudad donde las chicas con 15 años pueden salir, ir a la discoteca y vestir con minifaldas sin ser criticadas. En su pueblo la edad mínima para entrar a la discoteca es de 19 años para los chicos y 16 para las chicas. En el pueblo de E15 no hay instituto, van al pueblo de al lado, para ligar con las chicas de otros pueblos lo que funciona es el móvil, los mensajes de móvil. En el pueblo hay dos grupos de chicas que se llevan mal entre ellas y, el grupo de chicos que sale con todas:

“M: nosotros somos doce o por ahí muchachos, cuando estamos todos y ellas son... ocho por un lado y ocho por otro, que son dos grupos y unas son muy sueltas y las otras son todo lo contrario, pero lo peor es que las sueltas son un año mas chicas que nosotros y las otras son un año mas grandes.

E: anda... ¿y entonces qué hacéis?

M: yo qué sé, sí casi nunca estamos todos porque... se llevan muy mal entre ellas [...] nosotros estamos con todas... (risas)

E: y, con quién te llevas mejor, con las espabiladas o con las...

M: no, con las otras porque son... es que, las otras son muy sueltas, por no decir guarras, pero que con las otras me llevo muy bien, porque son muy buena gente, todas. Y le puedes hablar a todas ellas y contarle lo que quieras de muchachas y siempre te van a aconsejar y todo. Y con las otras no, con las otras no hables de esos temas porque...” (E15:6).

- ¿RELACIONES ESTABLES O FUGACES?

Desde las posiciones más igualitarias, una relación estable es aquella que se fundamenta en la confianza y el sentimiento compartido: el sufrir y disfrutar con lo que le ocurre al otro.

“cuando tienes más confianza con esa persona que con tu mejor amigo, cuando ya a esa persona le cuentas las cosas de una manera o con una libertad que no se las contarías a nadie, no sé. Por ejemplo, ahora en mi situación, yo a ella le hablo de una manera que no le hablo a nadie, para mí es como si fuera otra parte de mí, puedo hablarle con total libertad de cualquier cosa como si lo pensara yo para mí, y no existe pues nada de pudor, yo lo veo así, que es lo perfecto, de decir, que no tengo ningún tipo de tabú con esa persona...” (E9:13).

“¿cuándo hay amor de por medio?, cuando empiezas a sufrir por la otra persona, cuando algo le pasa a otra persona y lo sientes como si lo sintieses tú, ahí es cuando te das cuenta de que estas enamorado de ella, cuando sufres por otra persona... es que considero el amor como eso, es sentir el sufrir de la otra persona, sentir todo lo que haga como si lo sintiese de una forma mas extraña, no sé, misteriosa [...] Cuando ves que esta la otra persona alegre pues no es que sufras, sino que sientes que tú estas alegre, que si ves que esta mal pues acabas sintiéndote mal: venga, ya está, y tal ; demasiado preocupado, por así decirlo” (E16:8).

Mientras que las relaciones fugaces o esporádicas sirven para experimentar y ganar experiencia. En estas relaciones se pueden hacer más cosas que con la novia:

“E9:... yo creo que cuando de verdad conoces a esa persona sabes si quiere hacerlo o no, cuando es una cosa más espontánea, más de una noche, yo creo que se pueden hacer más cosas que cuando esa persona de verdad la quieres porque como es una noche, lo veo diferente. Lo veo que de la otra manera es más el amor que lo que es el sexo en sí...” (E9:13).

2.6. Conocimientos y prácticas anticonceptivas: el preservativo

La información que manejan estos chicos de clase obrera y del medio rural no es ni amplia ni precisa. Por ejemplo, E9 no conoce la PAU, la confunde con la AO (confusión que nos muestra la lógica que lleva a pasar del preservativo a la píldora, la estabilidad de la relación que ya manifestaron las chicas), y E16 considera que es abortiva. E15 conoce el preservativo, la píldora y la PAU, porque la usaron unos amigos.

“E: oye el tema este de la píldora del día después cómo lo ves tú

E9: lo veo más cómo una cosa que si ya llevas tiempo con tu pareja, la forma anticonceptiva más eso. Cuando quieras tener al hijo, pues mira, se acabó la píldora, pero mientras no quieras como ya esa persona sabes que, yo ya te digo me acuesto, yo con ella y ella se acuesta conmigo, o sea, es otra cosa y pues pastillas de estas

E: ¿pero pastillas del día después?

E9: pastillas del día después, pero no sé yo si hay más anticonceptivos de esos así por pastillas” (E9:22).

“E: ... qué anticonceptivos conoces

E9: pues los condones, el DIU este, la pastilla y luego ya te cortas los huevos (risas)” (E9:16).

“M: yo qué sé, está la píldora, el preservativo y no sé

E: ¿y qué píldora conoces?

M: hay una que es la del día después que se utiliza al día después y se puede utilizar hasta una semana... y hay otra que es un tratamiento ¿no?” (E15:12).

“M: el año pasado, un muchacho y una muchacha que son de Córdoba vienen y es aquí solo cuando se

ven. Pues venían una noche un poco nerviosos y fue porque se les había roto el condón y, no tenían coche y un amigo nuestro pues cogió y los acercó a Pozoblanco [...] y se la dieron.

E: y cómo lo ves, lo de que haya la píldora esta del día después y demás...

M: yo qué sé, es un método anticonceptivo. Vamos, si usas el preservativo no es eficaz al cien por cien y te puede pasar algo y debe de haber cualquier otro método para contrarrestar el fallo de otro, porque la píldora tampoco es cien por cien eficaz ¿no? Pues, si uso los dos, alguno de los dos tiene que ser eficaz, porque si no... no tendría sentido, vamos" (E15:17).

En suma, todos conocen el preservativo y la píldora. La PAU es también bastante conocida pero ninguno menciona ni parche ni anillo ni implantes ... De los nuevos métodos, sólo la PAU ha llegado a conocimiento suyo. Eso sí, consideran que están bien informados⁹ que las charlas del instituto llegan tarde porque ellos ya lo saben todo. Sin embargo, la experiencia de estos chicos se limita al preservativo y la marcha atrás. Aunque en los discursos de los más jóvenes, el recurso a la marcha atrás, se atribuya a los amigos:

"J: el preservativo, ehh... el diafragma que es el que utiliza la mujer, luego ya, las pastillas del día después, no sé qué, y cosas así...

E: y...¿cuáles has usado?

J: el preservativo

E: y ¿por qué el preservativo?

J: no sé, es el más fácil de conseguir, más fácil también de utilizar.

E: si tuvieses oportunidad de utilizar otros anticonceptivos...cómo lo verías...

J: hombre, ya en sexo en plan riesgo, por ejemplo, utilizar la del día después pues no sé, me daría muchísimo que pensar, de joder, si de verdad está embarazada pues entonces ahí sé que va a sufrir un aborto... porque el día después si, o sea que eso va a llevar a un bebé vaya, por mucho que lo pares, eso en si es un bebé, y ...no me gustaría llegar a ese caso.

E: ¿has hablado alguna vez con los colegas de anticonceptivos?

J: sí, una vez, una amiga me dijo que iba a comprar la píldora ésta pero porque no sabía si su novio había terminado dentro o fuera... y, luego yo le pregunte ¿cuánto te has gastado en eso?, y me dijo diecinueve euros ahí en la farmacia" (E16:10).

"J: hay coleguillas así que también hemos hablado de que... "yo no voy a usar condón" no sé qué... "por qué no tío, si luego no, si yo no me voy a correr dentro, no antes de eso pues me quito, no sé qué"... y, son gente loca, porque yo lo veo en plan de van demasiado sobrados... se lo creen mucho ¿no? ...y luego pasa lo que pasa" (E16:13).

Los universitarios del GD4 abundan en que la marcha atrás es un método clave del que se hace un uso cotidiano, cuyos riesgos e inconvenientes (interrupción del placer, control de la excitación, etc.) parecen minimizarse ante sus ventajas (espontaneidad en la relación, contacto 'piel con piel'). Los chicos asumen la responsabilidad en la práctica de este método, y así explican el procedimiento:

"HUH: yo creo que siendo hombre hay un momento en la situación en la que antes de llegar al orgasmo, en la que segregas un poco de líquido muy, muy transparente... pues si sabes que te va a llegar ese momento...

MUC: el líquido preseminal...

HUF: claro, sacas y vuelves a meter...

HUH: sacas, te relajas, y vuelves, entonces es como que...controlas tu orgasmo, es como antes, no el orgasmo, sino antes de que se vaya a producir esa sensación de excitación que es la que después deriva en el orgasmo. Entonces si tú cortas justo antes, o un poco antes o estas jugando en la cama y cambias pues como que funciona. Que no es recomendable, pero bueno: el mito es cien por cien cierto, vamos ... que será más efectivo o menos efectivo, es una cuestión personal" (GD4: 34).

9.- "J: es que... creo conocerlo todo así, pero, no lo sé, la verdad, a quien preguntarle" (E16:12).

Aun hay quien lo tiene más claro que HUH y apuesta abiertamente porque el riesgo (mayor que con cualquier método moderno) excita; el riesgo se asume como un complemento que potencia la excitación:

“HUF: por el placer de lo prohibido ¿no? De hacer lo que no se debe, igual que los que toman drogas, igual que te tomas algo. O sea ¿por qué lo haces?, porque no se debe, ¿por qué follas sin condón?, porque está prohibido. O sea, porque realmente sé que me arriesgo, y el riesgo me gusta ¿no? Disfruto de hacer el coito interruptus para no dejar embarazada a la chica... como que tienes que estar atento y eso te excita más ¿no?

HUG: yo creo que el riesgo excita a muchas, a mucha gente le excita...” (GD4: 20).

2.6.1 ¿Dónde conseguir los condones?

Hasta los más locuaces sienten vergüenza al comprar los preservativos, por eso tienen tanto éxito las máquinas expendedoras, aunque dispensen material de dudosa calidad, ahorran el trago de pedir preservativos en la farmacia. Así, el GD3 cita como lugares donde compran los condones en el pueblo: la gasolinera, la discoteca, las máquinas, los colegas y, la farmacia. Mientras que a E16 se los proporcionaba su pareja:

“E: ¿dónde consigues tú anticonceptivos?

J: pues... bueno, hombre me los dio una amiga, me dio dos...

E: ¿ah sí?

J: sí, una amiga me dio dos, mi hermano, en mi cumpleaños me regaló otro, ese fue el que me guardé... y, no sé, yo nunca he comprado ninguno, básicamente me los dan o ella, mi ex los cogía, o sea, los compraba ella... (E16:12).

2.6.2 ¿Quién se preocupa y ocupa de los preservativos?

En general, se preocupan ellas aunque sostienen llevarlos ellos. Vemos que con frecuencia son ellas las que le recuerdan al chico su papel de proveedores o las que los aportan directamente, aun corriendo el riesgo (en casos extremos) de ser descalificadas por ‘guarras’.

“H2: pero siempre lo llevan los chicos

H1: hombre, muy guarra tiene que ser para llevarlo

H5: pero hay muchas tías que lo llevan también

H2: pero que normalmente lo llevan los dos” (GD3:11).

“E: si hay que usar un anticonceptivo, ¿quién lo propone, los chicos, las chicas?

H1: los chicos

H2: las chicas, el “marrón” es para ellas, pero es más fácil hacerlo sin condón

H3: marcha atrás

H5: lo malo es que se te rompa, no ves que antes de llover chispea

H2: porque tú no lo piensas en el momento, lo haces pero luego cuando te apalancas el domingo, lo piensas, te preocupas, luego te viene toda nerviosa... te chilla... malo” (GD3:17).

“E: porque quién crees tú que tiene que controlar más el tema el chico o la chica?

J: hombre, el chico...

E: ¿por qué?

J: porque al fin y al cabo el que suelta el esperma es el tío no la tía, entonces...” (E16:12).

Incluso, entre los universitarios, se percibe que ellos se despreocupan porque pueden huir del embarazo:

“HUH: imagínate sin usar métodos anticonceptivos por las dos partes, yo creo que los hombres tenemos mucha más despreocupación que las mujeres a la hora de realizar el acto

HUF: podemos huir del embarazo.

HUH: por lo que indirecta o directamente el usar métodos anticonceptivos le preocupa más a las mujeres que a los hombres. Es una opinión que tengo, que a la hora de tener un acto sexual, hay más hombres que no quieren utilizar el preservativo, que les da igual, que lo que quieren es lo que quieren, y... las mujeres si se preocupan más" (GD4: 28).

El GD3 debate sobre que si lo haces con una desconocida no sabes si tiene alguna enfermedad. Y, algunos, medio en broma medio en serio aconsejan tomar precauciones para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

"H2: no te dicen que no, y aunque no tengas condón, ellas no te dicen que no

H1: con el calentón no te lo pones, ni hartito reír

H2: depende, si no quiere, lo va a pedir eso seguro [...] yo la primera vez para ponerme el condón peor todavía... es verdad, estuve por lo menos cinco minutos con ello, iba borracho pero madre mía

H1: si, le pillas manejo

H3: hay que saber utilizarlos y, y tener precaución

H2: y llevarlos contigo

H1: y llevarlos contigo siempre, porque

H2: hay que llevarlos siempre porque no sabes lo que va a pasar, y no llevaba ninguno encima [...]

H7: si la enfermedad esa, en la punta del capullo tío

H1: pero que pudo haber sido...

H5: de no usar el condón con una guarra, tío" (GD3:4).

"H2: tú tienes una enfermedad sexual y tú no vas al médico a que te hagan la prueba del SIDA, tú no vas nunca" (GD3:17).

La amenaza de las ETS y el SIDA es lo que temen estos chicos. Este será pues, el punto a tratar en las campañas y acciones que se lleven a cabo: animar a los chicos a usar condones para proteger su pene.

En los universitarios se afianzan estas ideas y se refuerzan con nuevos argumentos. Estos chicos creen que son más graves las ETS que un embarazo no deseado que puede tener como solución el aborto o la descendencia. Ellos anteponen los riesgos físicos (que afectan directamente al miembro viril) a los riesgos tanto físicos como emocionales asociados al aborto.

"HUH: hoy en día utilizamos anticonceptivos, preservativos yo creo que fundamentalmente no lo utilizamos para dejar embarazada a una persona si no para evitar... mm...

HUG: contagios...

HUH: contagios de riesgo..." (GD4: 10).

"HUH: ¿a qué tienes más miedo? ¿tú a que tienes más miedo a quedarte embarazada o...?

MUC: yo a las dos cosas. Si una relación sexual sin protección significa riesgo de las dos cosas. O sea, no es una más importante que la otra...

HUH: pero la diferencia estriba en que una enfermedad puede ser ya para toda la vida, sin embargo, si puedes ...

MUB: Un hijo puede ser para toda la vida también (risas)... eso es una movida ¿eh?.

HUH: sí, pero puedes tener la posibilidad, no sé...

MUC: yo tengo amigas que han abortado y...

MUE: el aborto puede cambiar la vida de una mujer ¿eh?

HUH: yo le tengo mucho más miedo a las enfermedades que a ...

MUE: a mi me da mucho miedo ¿eh? A mi me da mucho miedo porque un aborto puede cambiar la vida de una mujer porque cuando tú te quedas embarazada dentro de ti hay una serie de cambios hormonales y todo que te afectan físicamente a tu cerebro, y, por tanto, también a las sensaciones y emociones. Cuando

se interrumpe un embarazo es una agresión como ella ha dicho muy fuerte a esa mujer, y te puede derivar en depresiones y...

HUH: si eso es duro piensa que te digan que tienes SIDA. A ver ¿qué es más duro?

MUE: a ver eso ya...

MUA: hombre es más duro tener el bicho, el niño al final sale para adelante como pueda, pero que tengas una enfermedad que digas hasta aquí..." (GD4: 11).

En este grupo, se debate sobre la existencia de cierta relajación en la percepción del riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, se cuestiona la gravedad del SIDA y, se resuelve argumentando que "siempre piensas que no te va a tocar a ti". El riesgo es una cuestión de probabilidades:

"MUC: Y no tenéis la sensación que la gente se ha olvidado un poco del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual [...]

HUF: es que yo creo que el SIDA es de las enfermedades más pequeñas ¿no? O sea, porque si sabes que el SIDA, la gonorrea y la sífilis, pero tienes la candidiasis, tienes las infecciones de orina, que son muy jodidas,

HUG: hongos...

HUF: o hongos, claro esa es la candidiasis...

MUD: hongos, y está la que los hombres pegan a las mujeres ¿vale?

HUF: el papiloma...

MUE: que te puede derivar en un cáncer...

MUD: hay un huevo de casos, que de tres años a ahora hay un huevo de casos.

HUG: de todas formas del SIDA también estadísticamente hay ahora más infectados que antes. O sea la cosa va en crecimiento. A lo mejor creemos que se está evitando, y es al revés, en realidad hay más infecciones, lo que pasa es que también siempre crees que nunca te va a tocar a ti..." (GD4: 11-12).

2.6.3 Las barreras al uso de anticonceptivos

Está claro, "siempre piensas que no te va a tocar a ti" y, te despreocupas. No hay mucha conciencia preventiva, los problemas se afrontan cuando se presentan. La percepción de inmunidad, unida a la de tener toda la información y contar con sobrada experiencia, configuran el fundamento sobre el que, la mayoría de estos chavales, toman decisiones y actúan.

La escasez de conocimientos sobre afectividad, corresponsabilidad, erotismo no coital ... contribuye a la vivencia de una sexualidad con exposiciones a riesgos, en ocasiones, no calibrados. Para estos chicos, la marcha atrás es lo mejor: permite la espontaneidad, el contacto piel con piel, la concentración, el control del orgasmo, aumenta la excitación; es lo más.

Estos menores reclaman soluciones inmediatas: cuando te da el calentón y no tienes un condón, o lo puedes conseguir al momento o prescindes de él. No se plantean que sea algo que se pueda posponer; no hay tiempo que perder. Por eso consideran que hay pocos sitios donde se dispensen, creen que deberían venderlos / regalarlos en los institutos y en todos los lugares que ellos frecuentan.

Esta búsqueda de la satisfacción inmediata, tampoco contribuye al desarrollo de relaciones fundamentadas en la comunicación y la confianza. Así, se impone esa forma de gestionar el calentón descargando en la primera chica que se presenta.

El coste económico es otra barrera, sobre todo si los compran en las máquinas de uno en uno, de ahí que insistan tanto en que se regalen.

La religión católica es otra barrera que afecta a la comunicación, al uso de anticonceptivos y al recurso al aborto voluntario.

La falta de espacios donde intimar es otra barrera, el tabú familiar impide usar la casa familiar y, si son menores no tienen coche, con lo que improvisan en parques y baños públicos poco saludables.

La competitividad del grupo de iguales por ser más que los demás tampoco favorece las relaciones íntimas con protección.

La educación sexista que reciben tampoco ayuda. El concepto tradicional de masculinidad, asociado a la fuerza bruta, la falta de sentimientos, el desinterés, la posesión de la mujer (me la follo), está aún vigente entre algunos chicos rurales de clases populares y configura, junto con la falta de respeto hacia las chicas, probablemente, la mayor barrera.

2.7 Posicionamientos ante el aborto

Las posiciones contrarias al aborto se fundamentan en convicciones religiosas unas veces (E16) y en ‘cuestiones biológicas’ (E9 piensa que ya es una personita), otras. Aunque consideran que la decisión tiene que ser negociada y que la última palabra la tiene la chica. E9 utiliza la metáfora del horno para mostrar que, en este caso, la última palabra la tienen ellas:

“pues no sé, eso ya daría muchísimo que pensar, no sé, hablarlo con la gente así de más confianza: mis primos o mis amigos... tío, ¿ahora qué?, no sé qué... ya lo que es consultar, y si hay que seguirlo pues que remedio ¿no?. Pero si dijese de abortar ella, eso a mi no me gustaría nada, nada. Yo prefiero que siga adelante a que tenga que abortar” (E16:14).

“fatal [la Ley 2/2010] estoy totalmente en contra del aborto, es que muchas veces cuando sale un médico diciendo ... es que un médico, en su juramento de médico, dice que va a salvar todas las vidas que pueda y un médico que practica el aborto, lo que hace es matar vidas, o sea que va contra su juramento. Y encima, se saca una ley del gobierno y tal, no me parece nada bien. Es que mucha gente dice “pero es que es un feto”, o hasta la tercera semana deja de ser feto y empieza a ser persona pero da igual en el momento en que el espermatozoide llega al óvulo, dentro de tal tiempo va a ser un bebé, es que lo va a ser, no es que eso no sea nada sino que ya es bebé... yo lo considero así” (E16:17).

“E9: lo primero sería pensar en lo que me ha dicho, después mirarle la cara a ella, y entonces pues ya pensando fríamente, decir: ¡que vamos a ser papis! y ya está, si es que no puedes hacer otra. Porque, yo sinceramente, ni mucho menos a favor de la iglesia, pero sería incapaz de decirle a mi novia o a mi mujer: aborta, porque es mi hijo, yo lo veo como que ya una persona tío. Qué me acojonaría al principio, mucho, pero me alegraría un puñado.

E: ¿y en quién recae la decisión?

E9: en la mujer. Si ella quiere abortar, por mucho que tú le digas, no le vas a cambiar la idea, y va a abortar, porque es su cuerpo, es el horno tío

E: ¿cuál crees que es el papel de los chicos precisamente en este tema?

E9: pues yo, como hay temas de responsabilidad en la mujer, si de verdad quieres a esa persona, apoyarla en lo que ella quiera. Si ella te dice: es que yo voy a abortar, que no puedo, que es que mis padres... Yo intentaría convencerla de que yo me meto a trabajar, tú tranquila, no te preocupes que no le va a faltar de nada, a ti tampoco, tal, nos vamos a vivir juntos...Pero si ella de verdad está empeñada en abortar, ahí tienes que apoyarla porque es su horno tío. Si el horno dice que no quiere funcionar, pues mira” (E9:23).

En el otro extremo, tanto E15 como los componentes del GD3 son partidarios del aborto voluntario. E15 intentaría convencer a la chica para que abortara por razones de edad; ha incorporado el precepto de la paternidad tardía:

“M: pues no sé, yo qué sé, hablaría con ella, intentaría que abortase. Vamos yo debía de decirle que es mi opinión, pero es su decisión... porque si ella no quiere no...”

E: ya, ¿y porqué abortarías?

M: coño, porque tengo dieciséis años... y eso es un palo tremendo. Te jode, vamos, te jode la vida entera... por lo menos la juventud seguro.

E: ¿alguna vez te gustaría ser padre o algo de eso?

M: yo qué sé, mínimo a partir de los veintiocho para delante" (E15:17).

También en el GD3 predomina la posición abortista aunque matizada. Hacen referencia a la edad, a la situación socioeconómica y laboral, y al tiempo de relación con la pareja, para tomar una decisión al respecto: "si trabajas ya", "si sigues estudiando" "con veinte años, lo tienes fijo" " si llevas cuatro o cinco años con la novia, lo tienes, lo tienes".

2.8. Socialización diferencial, preocupaciones diferentes

Como hemos señalado ya: ellas se preocupan más por prevenir los embarazos y las enfermedades, porque no les pillen manteniendo relaciones en lugares poco apropiados, por estar bien depiladas... Ellos, se muestran más despreocupados, lo único que les parece preocupante son las ETS y, a alguno, la carga económica que supondría tener descendencia:

"yo a lo mejor es porque saben que no lo van a llevar dentro, pero creo que le tienen mucho menos miedo. Por ejemplo, si yo me quedo embarazada con todos los gastos económicos va a cargar él, porque yo no tengo ni un duro, estoy estudiando, entonces eso le da miedo" (E2:16).

"Yo creo que quien piensa más que se pueda quedar embarazada, o por las enfermedades que se puedan transmitir, más bien es la mujer. Porque los chicos, yo creo que casi nada. Ellos van a tiro hecho, y lo que pase... Yo creo que ellos piensan "¿a mí me va a pasar?" yo creo que siempre tienen esa pregunta en mente. Y yo creo que las niñas, en plan: no quiero tener ná que ver con algo que me pueda asustar. Y los otros, siempre dicen: da igual, yo hago la marcha atrás que a mí no me pasa nada y no" (E7:5).

Ante las relaciones de riesgo, la entrevistada E7, destaca el contagio de infecciones por encima del embarazo:

"ya no es por quedarte embarazada, es por todas las enfermedades que hay, es todo lo malo que puedes coger o cualquier cosa" (E7)

Los chicos del GD4 coinciden en su mayor preocupación por las ETS que por un posible embarazo que, si se produce, tiene solución: seguir con el embarazo o abortar. El debate sobre el uso de unos métodos u otros, gira en el GD4, entorno a la preocupación y la responsabilidad diferencial entre mujeres y varones. Estas chicas universitarias denuncian también el sesgo androcéntrico de la investigación y la ciencia, que limitan sus esfuerzos a los métodos femeninos (que suponen medicalizar a las mujeres) y desatienden la posibilidad de intervenir en los varones.

"MUE: ¿por qué si está muy estandarizado el condón masculino, el condón femenino nada? Y, ahora sí, la píldora para las mujeres, y ¿para los hombres nada?. Yo he leído un artículo de que se estaba investigando una píldora para los hombres [...] pero ¿por qué no está?,

HUF: porque es más fácil

MUE: ¿Qué es más fácil, que es más fácil, pero qué fácil ni difícil...?

HUH: aunque sea machista, ¿tú te fiarías de un hombre que se tenga que tomar todos los días una pastilla?, yo no me fiaría...

MUE: por ser mujer, tener un ciclo menstrual, es inherente a ti que tú eres más responsable que tú... un carajo hombre [...]

MUE: ya pero no, pero lo que tú me has dicho de broma lleva mucha razón, en el fondo esa creencia social existe: las responsabilidades siempre son para nosotras...

HUG: pero yo creo que en otros temas si puede haber machismo y tal, pero en este tema...

MUE: pero en la sexualidad más que en ninguno

HUG: yo creo que tú lo estas viendo con demasiada culpa en una cosa que en realidad no es machista sino simplemente porque es más práctico, el preservativo no es...

MUE: ¿más práctico?, ¿para quién?... no pienso eso, para mi, no...

MUB: tú cuando ves el condón femenino, yo eso no me lo meto...

MUE: que yo lo he visto por Internet... eso... pues yo lo quiero probar tía...

MUB: eso es, ¿tú sabes lo que es una bolsa de plástico de un pan del mercadona?

Varios: sí

MUE: tú has dicho que los condones antes eran muy gordos, y ahora hay súper plus, súper no sé qué, con sabor a fresa con sabor a tal ... pues igual pasaría, si se investiga más en los condones femeninos entonces evolucionarán y ya mismo serán la caña..." (GD4: 13).

Recordemos que todos los colectivos muestran la preocupación por los efectos secundarios de la anticoncepción hormonal. En España la píldora tiene mala prensa y cómo no se publicitan otros métodos hormonales más modernos, sigue vigente la idea de la píldora es mala; repercute negativamente en la salud y la estética.

3. Más allá de la veintena

A partir de ocho entrevistas en profundidad a mujeres de entre 26 y 36 años, y un grupo de discusión con mujeres de entre 30 y 33 años, intentamos captar las problemáticas y las estrategias anticonceptivas que manejan las mujeres de estas edades. La mayoría son de clase obrera y residen la mitad en zonas rurales y la mitad en capitales andaluzas. Este grupo de edad es interesante porque se encuentra en un periodo vital en que se conjugan varias dimensiones de la identidad social: los estudios, el acceso o la permanencia en el mercado laboral y la maternidad, asociada al hecho de vivir en pareja o no. Con lo cual, tanto el recurso a la anticoncepción como al aborto se articulan con varios “retos” sociales que repercuten en la vida privada, íntima, ya sea en el marco de la relación de pareja o en solitario.

Este corpus empírico reúne situaciones que ilustran la variedad de trayectorias femeninas que coexisten en las clases populares. Así, observamos el relajamiento de las costumbres, aparece una sexualidad femenina marcada por: el conocimiento de diferentes parejas, cierta libertad e interés por su propio placer sexual (o, por lo menos, el retroceso de tabúes y ‘obligaciones’). No todas están casadas; la soltería no significa ausencia de vida sexual y algunas rechazan la idea de tener hijos. Tienen un nivel de estudios variado desde estudios primarios y profesionales hasta universitarios.

3.1 Sexo sin protección

Tener sexo sin protección no es una práctica exclusiva de las más jóvenes, y/o de las mujeres sometidas o poco informadas. Tanto en el grupo de discusión como en las entrevistas cuando se habla del sexo sin protección, se percibe la complejidad que supone la anticoncepción, sea con parejas esporádicas o estables. Se menciona la falta de respeto por parte de la pareja puntual (que como mujer no se debería aceptar), pero también el olvido de una misma en circunstancias placenteras, incluso conociendo los riesgos de embarazo y ETS. Aparece también cierto romanticismo entorno al sexo, incompatible con el condón y/o con un coito incompleto, y la evaluación errónea del riesgo asumido, recurriendo al pensamiento mágico (no me va pasar nada).

“M1: es que estás en ese momento y ni si quiera piensas...

M5: exactamente, (hablan todas) ...

M1: lo que te da morbo es estar con una persona tan cerca porque se piensa todavía que el preservativo al poner ahí una especie de barrera de sensibilidad...

M5: Yo eso que tu has dicho, me ha pasado veinte veces pero, al final, en el último ...: “plaf”, pero yo me lo he quitado de encima.

M1: Yo, sinceramente, yo siento lo mismo

M5: ah, yo no,

M1: que no siento lo mismo, evidentemente, es parar, que estás ahí con el calentón, parar y decir: “venga”, que encima parece que se lo tiene que poner una, porque vaya tela, que tienes que decir: chiquillo, con la edad que tiene ya, ensaya un poquito en tu casa o algo” (GD5:5).

“M4: Lo que pasa es que consentimos que nos falten al respeto, eso es una falta de respeto que no se debe consentir. Si a mi una persona, yo estoy en un momento de intimidad con ella, y no piensa en mi seguridad, piensa en su calentura, yo con esa persona no. Distinto es que lleves con ella mucho tiempo, circunstancias puntuales...cuando es tu pareja...pero una persona que yo la he conocido hace tres días o un mes o que me he acostado dos veces y a la segunda ya empieza a faltarme el respeto pues fuera (chasquido de dedos)” (GD5:5).

“M2: Por comodidad más bien, que cuando uno está metido en faena no se para a pensar en..

M1: claro, es por eso, porque tú no evalúas objetivamente el riesgo porque si estás totalmente excitado estás pensado en la excitación del momento y nunca vas a pensar realmente que te va a suceder a ti.

M3: Y eso también depende, si estás con un desconocido o algo a lo mejor sí tomas la prevención de ha-

cerlo, ¿sabes?, si no imagino que te va a dar igual. O sea, es por eso, mucha gente dice: bueno, es que no va a pasar nada, [él] te va a decir: es que no va a pasar nada ... tú mismo confías en que no y ya no lo usas. Hasta que pasa lo que pasa y dices: bueno, ya pasó” (GD5:1).

En el discurso se asocia el uso del preservativo a la pareja puntual, lo que no significa que se haga sistemáticamente¹⁰. Mientras, unas mujeres usan/usaron de forma regular el doble método (píldora¹¹ y preservativo) en sus relaciones esporádicas, otras optan por sólo el preservativo, o por la marcha atrás. En general, si se abandona el uso del preservativo se hace cuando la situación sentimental se estabiliza, lo que puede llevar entre 6 meses (E8) y 6 años (E12), según la percepción de cada una y la estrategia de la pareja para integrar el uso del preservativo en su relación. Debemos tener en cuenta que una misma persona puede tener conductas diferentes, según las circunstancias. E8 por ejemplo, habla de tres relaciones clave en su vida: en la primera relación hacían uso de la marcha atrás cotidianamente y el uso del preservativo era muy esporádico. En su segunda relación sí hacían uso del preservativo, no por su propia voluntad si no por la de él :

“Con otro chico sí que lo usaba, pero era porque él estaba muy ahí, que él era, vamos, súper obsesionado con eso. Y, pues lo usaba, no me gustaba tanto, pero, tampoco estuve mucho, estuve seis meses, fue un rollito así, que tampoco nos veíamos tan seguido ni nada” (E8:5).

Y, en su última relación, vuelven a prescindir del preservativo, casi desde el principio :

“No, porque nuestra relación es sin condón, no sé, es que no lo veo. Alguna vez lo hemos usado, al principio, pero es que no, porque no le gusta a él, no me gusta a mí” (E8:16).

La asunción de los riesgos, tanto de embarazo como de contraer alguna ETSs, está relacionada, en el caso de E8, con varios elementos combinados que actúan en contra de la lógica preventiva: considerarse infértil, apego a las relaciones sexuales completas sin protección y sin pensar más allá, tomar alcohol o drogas, emparejarse con hombres que prefieren el sexo sin protección y, experiencias poco satisfactorias con el condón.

Relaciones desprotegidas o poco protegidas también encontramos en las parejas estables, con la contradicción y la presión que suponen cuando no se quiere tener descendencia. Contradicción y presión soportada por las mujeres, incluso durante las relaciones sexuales, mediando para mantener una relación coital completa con condón... o incompleta y frustrante, con la marcha atrás. Nótese que ésta mujer es de las que hacen descansos en la ingesta de la píldora (práctica bastante generalizada aquí), y, durante ese tiempo recurre a los preservativos. En la siguiente cita se observa la interiorización de la responsabilidad femenina sistemática tanto para no fallar como para el caso de hacerlo:

M5: “hablo en primera persona, yo llevo once años casada y, lógicamente, no he sido infiel, o sea, que sólo he tenido relaciones con mi marido, y, yo realmente le he parao los pies cincuenta mil veces. Si él ha estado cachondo y yo también, yo le he parao: no, venga, al cajón. Abre el cajón y ponte lo que te tengas que poner. Porque es que siempre soy yo la que le tengo que estar cortando el rollo y muchas veces digo: bueno, ¿y está presión por qué no la tiene él?, ¿por qué la tengo que tener yo?, porque yo me niego rotundamente ni a quedarme embarazada ni cualquier enfermedad, que yo confío plenamente en él, de que si me trasmite algo es por él propio, porque él lo pueda crear, no porque se lo haya transmitido alguien. [...] y tengo un niño, y el niño lo he tenido cuando hemos elegido. Yo nunca me he asustado cuando no me ha venido la regla porque siempre he tenido un cuidado tremendo [...] Yo ahora mismo estoy con pastillas, ¿no?, pero, cada equis tiempo las dejo y usamos preservativo y, soy yo la que tengo que parar los pies, porque a él le da igual: bueno, si viene el niño que venga, y yo: no, no, no, yo no quiero niño (risas). Al

10.- Si algunas tienen relaciones esporádicas actualmente, para otras hablar de ese tipo de relaciones supone remontarse hasta quince años atrás.

11.- A veces por tratamiento del ciclo menstrual, lo que les brindó cobertura anticonceptiva.

otro día, hablas con él y te das cuenta que en caliente le da igual tener niños y en frío no quiere niños ni de coña [...] A mí me gustaría dejarme llevar porque yo he estado medio corriéndome y empujándole así, quitándomelo de encima porque sé que por un fallo que voy a cometer...has lastrado la vida de un niño. También se puede abortar, pero paso de tener que hacer ese paso... no, no" (GD5:4).

En el polo opuesto, se sitúan aquellas mujeres que se mostraron inflexibles, como E12 que ha tenido dos relaciones de pareja estables: con su primer novio estuvo nueve años, y con su actual pareja lleva cinco años. Ha tenido tres relaciones esporádicas "rollos de una noche" pero los conocía, eran amigos. Y en estas relaciones siempre ha usado el preservativo "los conozco pero no como para saber...". No concibe tener una relación sexual esporádica sin usar el preservativo aunque tome la píldora o use otros métodos hormonales. En estas ocasiones ella siempre ha llevado preservativos y ha esperado el momento "y si veo que para él ese momento no llega ... yo no, no, o te lo pones, o te lo pones". Aunque, fueron ellos los que lo llevaron y lo propusieron: "no he tenido que utilizar el mío, los tiraba caducados".

3.2 Conocimiento general, si hay ...

Esta contradicción entre sexo sin protección y sin desear descendencia, no se puede atribuir al desconocimiento o la falta de información. Las mujeres perciben que vivimos en un periodo mucho más abierto y favorable a la sexualidad que el de sus madres y que el acceso a la información también ha mejorado mucho.

"Pues yo la veo bien. Verás que se informa mucho y eso... es que la juventud está mucho más informada porque los padres de ahora estamos mucho más adelantados que los de mi época [...] se habla más sobre el tema, y a parte, la tele te bombardea cada dos por tres también, que si ponte el preservativo, que si..." (E14:3).

Nuestras informantes mencionan varias fuentes de información: charlas en el instituto, talleres sobre el tema en un curso de formación, lecturas de revistas femeninas y comics; emisiones televisivas; intercambio de información con amigas o mujeres de la familia, a veces Internet... y, en ocasiones, el medico de atención primaria o el/la ginecólogo/a. La familia, aun siendo un lugar donde se puede hablar del tema, generalmente, no adopta el papel de educadora principal en temas afectivo sexuales.

"Y bueno la cosa es que yo no recuerdo tampoco que mis padres me hablaran de ese tema ¿sabes? [...] No me sentaron y me dijeron, pues los hijos se hacen de esta manera, yo que sé, la verdad es que nunca me hablaron de eso. Yo creo que les daba vergüenza también, pero ellos tampoco se han cortado, yo a veces he sentido cosas en su habitación" (E8:3).

"lo típico, que ves algo en la tele, o ves algún comic, o ves alguna historia, y... empiezas a ver y empiezas a plantearte [...] En casa, mis padres no me decían ni pío, porque mis padres han sido siempre muy rallados. Y, en cuanto a eso, una educación muy represiva¹² en ese aspecto" (E11:8).

Sólo algunas de nuestras informantes tuvieron madres que fomentaron una relación de confianza que daba opción a seguir buscando información. Vuelve a aparecer así el tandém madre-médico que veíamos en las más jóvenes. Es decir, madres que tienen deseos de transmitir conocimientos a sus hijas y las acompañan al médico para que sean los profesionales quienes les proporcionen información precisa y actualizada (una participante en el GD5 es hija de madre adolescente, como lo es E6, en ambos casos las madres se esfuerzan por informar a sus hijas para que no pasen por lo mismo que ellas) :

M4: "Mi madre también nos tuvo a nosotros muy joven. Mi madre se casó a los diecisiete años y ya a los dieciocho estaba mi hermana. Somos dos hermanas solamente, dos niñas. Y ella desde siempre nos decía todo, y eso te ayuda muchísimo porque claro ya tú sabes, sabes que siempre tienes en cuenta que hay que

12.-"Que era todo malo, que está todo mal, que hay que casarse antes y tal... Pero yo no lo veía así. Y ya te digo que he reaccionado como... he tenido la libertad de hacerlo" (E11:8).

tomar pastillas o te tienes que cuidar...pero tú a raíz de eso ya te vas informando. Tú preguntas a lo mejor, en el cole...donde quieras" (GD5:25).

"Yo cuando me tomé las primeras pastillas, yo me la empecé a tomar con diecisiete años y yo fui con mi madre a planificación. Yo le dije: mamá, mira, que yo tengo mi novio, tengo relación con él y que yo quiero ir a tomarme las pastillas o algo, y me llevó mi madre" (E4:13).

En general, no se puede hablar de falta de información, más bien, observamos problemas de apropiación de los discursos expertos, como ellas mismas explican: el contenido de los mensajes de los profesionales se toma total o parcialmente en serio o, incluso, se deja de lado, en función de las experiencias e intereses de cada cual:

"M2: Porque por el conocimiento no es, todo el mundo tiene...

M3: Claro, que va, eso se sabe...

M2: vamos..de sobra..se sabe de todo

M1: Hay dudas, hay matices que se puedan aclarar pero más o menos...

M4: Aún sabiendo las cosas cómo se auto engañan, ¿eh? La información la ha recibido todo el mundo pero parece que cuando no te conviene porque vas a disfrutar menos, no te lo quieres creer: no pasa ná. Siempre te avisan de que no hace falta que haya eyaculación, que te puedes quedar embarazada nada más que con la penetración y desde el principio te lo tienes que poner, pero nadie se fía de eso" (GD5:1).

3.3 ... pero falta información precisa para incorporar prácticas seguras

Las mujeres debaten sobre el contenido del saber, lo que significa 'información', el conocimiento y las posibilidades de apropiarse de un método, de decidir qué método es el adecuado al estilo de vida de cada una. Por eso, al lado de la información, se subraya la 'desinformación': la relevancia de las fuentes de información informales y del entorno. Las mujeres manifiestan curiosidad e interés por los métodos y construyen sus conocimientos a partir de las experiencias de las demás que combinan con las suyas, ya que algunas han probado diversos métodos. Ocurre que, en ocasiones, la receptividad a lo que se escucha por ahí es mayor que a lo que dicen los profesionales (u otras fuentes que aportan información clara y sistematizada).

Constatamos la presencia de estereotipos que invitan a eludir los anticonceptivos: efectos sobre la estética (la píldora aumenta el vello, engorda) y sobre la salud: riesgo de infertilidad tras largos períodos de ingesta de la píldora. Y, algunas mujeres, experimentaron efectos secundarios incómodos: nerviosismo, pérdida de libido, incluso con el anillo, mientras otras no notaron nada especial. El grupo de discusión muestra también otras preocupaciones de las mujeres por su salud y las consecuencias de la toma de hormonas a largo plazo, ya que en España todavía no está tan generalizado el uso de la píldora. El debate siguiente muestra la intrincada combinación de mitos, información incompleta, conocimientos técnicos verosímiles y mediatizados:

"M4: Al fin y al cabo, es un experimento, lo mismo dentro de veinte años se dan cuenta de que una cosa en una ínfima proporción venía en la pastilla y que no le han echado ni cuenta, resulta que provoca que te quedes calva con sesenta años. Pues yo no quiero estar calva, ¿sabes lo que te digo? Que si yo me lo puedo evitar, puedo elegir, por ejemplo, el DIU. El DIU no tiene químicos ¿no?, pues yo me meto el DIU que es una cosa física y ...

M2: Yo también prefiero algo más físico que...(todas hablan).

M5: Tiene hormonas

M1: entonces se desprende...(hablan todas)

M5: Ves tú, por eso no me la había puesto (risas), que yo no me he informado nunca del DIU

M1:¿Ves?, a eso es a lo que yo me refiero, eso de que es mejor que las pastillas. No, pero antes, no existiendo pastillas anticonceptivas, a día de hoy, no han resultado hacer ningún daño, pastillas que llevan ya

funcionando cuarenta años... sí, pero el resto del mundo lo habían utilizado ya...[...]

M4: Ya, pero aquí se ha llegado muy tarde. Entonces, esas personas empezaron a utilizar los anticonceptivos antes de se pudiera vender en España, que fue hace poco tiempo.

M1: claro, pero si no ha resultado ningún daño en los años cincuenta en Estados Unidos ¿por qué van a hacer daño?

M4: Sí, es que sí que han resultado...

M1: no, no, no cariño, lo que ha resultado es que, de verdad miraros bien la información porque este tipo de comentarios hace mucho daño a la gente

M4: Es que a lo mejor no hemos mirado las mismas, a lo mejor tú has mirado unas y yo he mirado otra.

M1: El Diane, es cierto, que provoca mucho daño pero, insisto en que no es un tratamiento anticonceptivo, es un tratamiento hormonal.

M4: No, no hablemos del Diane...digo de otros anticonceptivos, y además si es cierto, que sale en las estadísticas, y que lo avisan en la tele y por todos lados que de los anticonceptivos, no sé si los antiguos, los modernos, pero la mujer tiene más riesgo de padecer enfermedades coronarias y que tienen más riesgos de problemas circulatorios, eh...de varices [...] Vamos a ver, no es que te las vaya a provocar pero te las puede favorecer. Y, no serían tan buenos si no puedes fumar estando tomando anticonceptivos.

M1: Si puedes fumar, puedes fumar, puedes beber...

M5: Por eso, yo pienso en que debería ser "pastillitas para él, pastillitas para él compartidas" (hablan todas).

M1: que no tengo aquí mi prospecto, pero que puedes fumar, que está en el papel que puedes fumar, puedes beber, puedes hacer deporte

M2: Mi ginecólogo me dijo que no se podía fumar, vamos, yo no fumo" (GD5:13).

De la misma manera, el DIU conlleva infinidad de preguntas sin respuesta o con respuestas contradictorias:

"M1: pero el DIU se recomienda después del parto,

M2: me parece que hay que ponérselo como intervención, ¿no?... .

M1:... tarda cinco minutos en ponerse el DIU (hablan todas)

M2: Yo conozco a una que se lo está quitando ahora porque le ha dado problemas

M1: lo que yo quería decir antes es que hay mucha desinformación con los anticonceptivos. Por ejemplo, el DIU es uno de los métodos más seguros, que menos daño hace, son más cómodos para la mujer. Evidentemente, igual que la pastilla anticonceptiva se recomienda si tienes una pareja estable para prevenir el embarazo no para prevenir las ETS. Pero, tú sabes que existe el DIU, que es un anticonceptivo, pero...

M2: porque yo tenía entendido que el DIU se ponía mediante intervención y...

M1:...no, es que tú vas a la ginecóloga y eso tardas cinco minutos.

M3: Mi cuñada lo tiene, tiene treinta y cinco años, y se lo ha puesto porque no quiere tener más niños, vamos, está casada y eso y tiene un solo niño.

M2: yo casi todo el mundo que conozco que lo tiene se lo está quitando ahora (ríe), ¿sabes?, porque...a lo mejor le ha dado problemas o cosillas.

M1: Pero eso es antiguamente, ahora hay unos con unos muelles (hablan todas). Hay que informarse, cada uno le viene mejor uno...(hablan todas)" (GD5:6).

También faltan conocimientos sobre los procesos biológicos implicados en el control de la natalidad. Gracias a una amiga desesperada por no conseguir quedarse embarazada, M5 empezó a buscar información en Internet y descubrió el proceso de ovulación y cómo optimizar las condiciones para quedarse embarazada. Paralelamente, aunque algunas conocen el riesgo de quedarse embarazada durante la menstruación, desconocen la explicación porque aducen la "duración de vida del óvulo".

"M5: Me leí esa información, que yo no tenía ni pajotera idea con veinticuatro años que las mujeres solo ovulan una vez al mes y te puedes quedar embarazada el día que ovulas, un día antes o un día después porque el esperma dura esos tres días vivo, ¿vale?, al siguiente mes me quedé embarazada. O sea, yo sé que el día que ovulé era el día once de Octubre, hice el amor el diez, hice el amor el once y el doce (risas

fuertes) me quedé embarazada y me funcionó. Yo, con veinticuatro años, ni pajotera idea, yo la experiencia que tuve era de ver a una compañera todos los días que le venía la regla llorando porque tendría un trastorno hormonal o lo que fuese que a ella nunca le venía la regla cada veintiocho días...era un disparate, lo mismo le venía a los dos meses, a los tres, ...entonces, era difícil encontrar el día de su ovulación porque esa es la historia de los embarazos, ¿no? (hablan todas).

M1: pero es que tú te puedes quedar embarazada hasta con la regla, ¿eh?... (hablan todas). ¿Tú, dónde has escuchado esa información? (hablan todas)

M5: Eso lo leí yo en Internet de un ginecólogo, ¿vale?, de un estudio...

M1: eso es un método conceptual, pero no un método anticonceptivo.

M5: No, como anticonceptivo, no, pero como no tienes ni idea con veinticuatro años de que ovulamos una vez al mes y gracias a yo mirar en Internet, lo encontré" (GD5:8).

"M6: Yo tengo una amiga que se quedó embarazada estando con la regla.

M1: Claro, a ver, ovula una vez al mes, un ovario y después otro. Pero el óvulo dura veintiocho días (hablan todas). A ver, eso es la protección, lo que se está formando pues para...el bebé que viene que si no es fecundado se echa pero es que el óvulo sirve desde que está arriba hasta que se acabó chimpón (hablan todas).

M5: por eso digo que a pesar de saber que se ovula una vez al mes...yo no...

M1: haces bien...porque se ovula una vez al mes pero el óvulo dura veintiocho días, hasta que ya está el otro, dice: adiós, venga ya he llegado yo (risas)" (GD5:9).

3.4 Los anticonceptivos en uso

3.4.1 Del preservativo a la marcha atrás

Dudas, prácticas populares¹³, rechazos y/o experiencias incómodas contribuyen a que se usen o se vuelva al uso de métodos como el preservativo y/o la tradicional marcha atrás, con todas las contraindicaciones que conlleva este último método, poco fiable pero muy socorrido y utilizado. La marcha atrás, es una práctica anticonceptiva poco frecuente según las encuestas, y, que en la mayoría de las entrevistas se refiere para poner énfasis en sus inconvenientes y, en la necesidad, de usar cualquier anticonceptivo antes que llegar a esta práctica. Sin embargo, cuando profundizamos, vemos que es un recurso muy generalizado, mucho más de lo que muestran los números. Esta invisibilidad de la marcha atrás puede deberse, entre otras cosas, a que se utiliza en combinación con otros métodos, y/o a la falta de legitimidad que presenta su uso; no es "políticamente correcto" reconocer su uso.

E8, por ejemplo, es plenamente consciente de los riesgos que supone usar la marcha atrás como método anticonceptivo pero, actualmente, no usa otro método:

"Claro porque sí, porque piensas, no quiero liarla, soy súper joven y bueno, pues oyes cosas, y te han hablado, por ti también, y ves por la televisión, y has oído de cosas pues que hay enfermedades, embarazos y que hay cosas ¿no? Pero luego, no sé, se me fue yendo un poco, la verdad. Últimamente, he tenido, bueno, un par de parejillas así, más o menos estables, y no hemos usado el condón, la marcha atrás" (E8:4).

Se designa como el modelo de la antigüedad, de la ineficacia anticonceptiva y de la falta de control femenino. Dicho de otra forma: lo contrario de lo que se puede conseguir o esperar con los métodos anticonceptivos modernos.

"M5: Mis padres supuestamente hacían la marcha atrás y somos seis hermanos.

M1: la marcha atrás mismo, ¿no?, ¿quién no ha hecho aquí la marcha atrás alguna vez? (ríe).

M5: Yo mi marido empezaba: parece que me he corrido un poquito dentro, se me ha salido, no estoy seguro...Digo: no, aquí no hay marcha atrás nunca más (todas hablan).

13.- Como el descanso en la ingesta de la píldora.

M2: para eso mi marido es...vaya...(todas hablan).

M1: yo vengo de una marcha atrás, de un chispeo. Y mis padres usaban preservativo...Y mi madre me lo ha dicho así: que no te lo digo por decírtelo, es que nosotros usábamos preservativo, o sea, es que éramos súper modernos porque usábamos preservativo en la pandilla. Y una vez que hicimos la marcha atrás, y, aquí estoy yo.

M4: Es que es eso, mi suegra le pasó lo mismo. Mi cuñado el menor, fue así. O sea, él se lleva como doce años del último hijo que iba a tener” (GD5:17).

Por arcaico y poco fiable que parezca el método, en los discursos vemos que sigue usándose de vez en cuando. La clave argumental es la noción de ‘confianza’ en la pareja y la naturaleza de la relación : estabilidad y fidelidad de ambos ‘justifica’ que no se use el preservativo en el marco de una relación marital (no se temen las ETS) e, incluso, en una relación reciente, si va mas allá de un rollo de una noche. En otras palabras: variaciones y re-interpretaciones del compromiso sentimental y sexual que ponen en juego la ‘confianza’ recíproca.

Paralelamente hay que destacar la fuerza de la distinción y de la valorización tanto simbólica como física del hecho de hacer el amor ‘a pelo’. Parece que también estas mujeres valoran el placer físico y simbólico del sexo sin condón. De aquí que, en las relaciones estables sobretodo, resulte difícil volver a una práctica que se asocia a menos placer y mas constreñimiento, y al mantenimiento del uso de la marcha atrás.

“se usa mucho, mucho... que todavía hay mucha gente que usa la marcha atrás... porque la verdad que el preservativo cuando tú tienes una pareja estable y ya has mantenido relaciones con ella sin preservativo... luego volver... a lo bueno se acostumbra uno muy fácil... (risas) pero de lo bueno a lo malo cuesta más trabajo... Y, la verdad, el preservativo está muy bien pero para el que no sepa lo que es otra cosa [...] pero, cuando sabes lo que es hacerlo a pelo... pues hacerlo con preservativo como que...” (E14: 4).

3.4.2 Los métodos hormonales

Al igual que entre las más jóvenes, entre estas mujeres el tránsito a la anticoncepción hormonal se lleva a cabo por dos vías: 1) la estabilidad y la confianza contribuyen al paso del preservativo y/o la marcha atrás a la anticoncepción hormonal, y, 2) los desarreglos menstruales contribuyen a la iniciación de tratamientos hormonales.

La anticoncepción hormonal sigue centrada en la píldora, no obstante, entre estas mujeres detectamos cierto conocimiento y una presencia moderada de los nuevos métodos. No obstante, continúa siendo mínimo el uso de parche y anillo y nulo el uso de implantes e inyecciones. Incluso entre aquellas que consultan con los profesionales sanitarios, el uso de la píldora diaria continúa siendo mayoritario, lo que nos lleva a ratificar que no se prescriben ni recomiendan, con frecuencia, los nuevos métodos.

Sin duda, ese protagonismo de la píldora contribuye a que continúen mostrándose reticencias al uso de la anticoncepción hormonal, por desconfianza, miedo a los posibles efectos secundarios y exigencias del método. Reticencias que podrían superarse con buen asesoramiento y con el uso de esos nuevos métodos más nivelados y cómodos de usar.

“M1: ¿Que se te olvida, no? A mí también se me olvida pero como tienes doce horas pues me acuerdo dos horas después, porque tengo que tomármelas antes de irme a la cama, entonces hay veces que me voy a la cama a las dos de la mañana, por lo que sea...

M5: y cuando te levantas...ha pasado medio día.

M1: No, no, me ha pasado un par de veces nada más, ¿eh?.

M5: Yo este mes llevo un atraso...

M6: A mi muchas...(hablan todas)” (GD5:20).

El estudio de Lete et al (2008) mostró que los olvidos son mucho más frecuentes con la píldora que con cualquier otro método (parche y anillo) (cf. Bretin y Gómez Bueno, 2009). Algunas de las mujeres de nuestro estudio se atrevieron a probar los nuevos métodos con la recomendación de su médico, con diferentes efectos sobre la libido:

“M6: Yo cuando empecé con el anillo vaginal, lo comenté con una amiga que también le pasó, que nos quitó las ganas (risas fuertes)

M4: Sí, ¿verdad?

M1: ¡es un anticonceptivo bueno, bueno, bueno! (entre risas)

M6: Pasaron unos meses y yo pensaba que era yo. Y ya lo comenté con una amiga, le digo: me está pasando esto, y me dijo que sí que...igual lo dejamos pero..no sé si es cierto o...

M1: A mi no me las quita. Es que supongo que será como todo, que es incompatible o, por eso, yo recomendando, se vaya a tomar o no, que si se te pasa por la cabeza que te hagas pruebas porque cada una te va..., como todo ¿no? pero que más o menos si vas a un buen ginecólogo pues te recomendará según tu cuerpo, tu metabolismo...[...]

M6: Si tuviera que dejar las pastillas utilizaría otra vez el anillo, por el tema de que no me tomo las pastillas” (GD5:19).

Sólo en ocasiones se hace referencia a la pareja, es el caso de E11 que estando muy satisfecha con el anillo tuvo que dejarlo porque no le gustaba a su nueva pareja:

“Me queda el microchip ese, que la verdad es que no sé cómo es, porque si no me lo haría. Pero... bueno, he probado la píldora, estuve un año, tuve problemas de hígado fuertes y me dijo mi doctora, que o la dejaba o... me destrozaba el hígado. Entonces la dejé, después de eso fui al ginecólogo y me habló del anillo, yo estaba con el anillo vaginal estupendo, me iba divino pero ¿qué pasa? Que coincidió con el intervalo de estar con mi ex, y empezar con la nueva pareja. Entonces, como cada chico tiene su forma y su cosa... respecto al tamaño y tal... pues a mi ex no le molestaba para nada, no le suponía ningún inconveniente, y sin embargo, este es más delicado, que le raspaba y le dolía y que no lo aguantaba. Entonces pues decidí ponerme el parche anticonceptivo. Pedí otra vez consejo, me dijeron cómo lo tenía que usar y ya está” (E11:8).

3.5 Las barreras y potencialidades del sistema sanitario

Consideramos que el papel de los médicos es central en el cambio de actitudes y prácticas. Así se observan las facilidades que, para algunas, ofrece el sistema sanitario en paralelo a las resistencias que han experimentado otras. Además de la persistente resistencia de algunos profesionales a dispensar la PAU, estas mujeres maduras, encuentran otras barreras para acceder a los anticonceptivos en el conjunto del sistema sanitario andaluz.

3.5.1 El papel de los médicos

En la configuración de las experiencias de estas mujeres, el médico aparece como una figura relevante. Por un lado, su actitud y el tipo de información que aporte puede contribuir a que se renuncie a usar un método más eficiente que la marcha atrás o el preservativo (lo veremos más adelante). Por otro lado, también favorece el uso de nuevos métodos, animando a probarlos, buscando y proponiendo nuevas soluciones: anillo, parches, otra píldora, más adaptadas a los requerimientos de la usuaria.

El médico puede contribuir también a que desaparezcan prácticas profanas injustificadas desde el punto de vista médico y que ponen a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad anticonceptiva y en riesgo de embarazo imprevisto:

“M1: Hace dos años hice un descanso porque fíjate, tanto hablar y después escuchas a la gente: yo creo

que voy a hacer un descanso a la pastilla, no sé qué. Hice un descanso pero al segundo mes las empecé a tomar, [...] porque empecé ya con el dolor...a mi se me baja la tensión: estoy insoportable y vomito y estoy todo el rato en el water. Pues, me tomo la pastilla, ni descanso ni nada, y el año pasado cuando fui a una ginecóloga muy buena, buenísima, pues estaba trabajando en una clínica privada en ese momento, y se lo comenté. Digo: el año pasado estuve a punto de hacer un descanso. Y, me dice: ¿por qué?, ¿quieres niños? y digo: yo no quiero niños ni en pintura [...] Y, me dijo: no dejes la pastilla, a no ser que quieras tener niños o cambios de método anticonceptivo. Es que la pastilla no hay que hacer descanso. Y ahí mismo me explicó los tipos de riesgos, me dice: ¿que te está haciendo mal? Te hacemos una analítica..., digo: hombre, yo llevo seis años con la pastilla y me va estupendamente” (GD5:16).

Son ellos como expertos los que, en definitiva, pueden contribuir a aclarar las dudas y desmitificar las falsas creencias. Más adelante veremos que este poder no siempre se usa en favor de las mujeres y el control de su fecundidad. No todos los profesionales están actualizados ni promocionan los métodos más eficaces.

3.5.2 El extendido recurso a la PAU y las resistencias a su dispensación

Algunas de nuestras informantes usaron métodos hormonales: píldora, parche, anillo. Sin dificultades unas y otras con efectos secundarios mas o menos severos. Cuando se sienten efectos adversos es frecuente el cambio o abandono del método, dando lugar a periodos de vulnerabilidad anticonceptiva. Fallos de la marcha atrás, olvidos de la píldora, o fallos de uso del anillo¹⁴ o del preservativo (se rompe o se queda dentro de la vagina) propician el recurso a la PAU. Son varias las mujeres que mencionan haber usado este recurso aunque no siempre resulta fácil conseguirlo.

M: Si. Una vez me la tomé, que se me rompió el preservativo, me la tomé [...]

M: Uff, a mi no me la querían dar en el centro de salud. Tuve que un poquito discutir con la enfermera. No me la querían dar y cuando me la dieron, me la tuve que tomar delante de ella

C: ¿y por qué no te la quería dar?

M: porque dice que eso no era normal, que ella no se había acostumbrado tanto a dar pastillas. Digo: pero si yo es que no he venido ninguna vez...nada, tuve que orinar en un bote, horroroso. Ya no, ya se compra ¿no? Si me pasa otra vez la compro, no voy al centro de salud...[...]

C: Te fuiste al pueblo de al lado porque en el tuyo no...

M: no, en ese no hay médico de guardia. Y entonces yo digo que sería por eso... y ya cuando me la dio pues tuve que tomármela delante de ella. Vamos, yo le dije que no tenía ningún problema, a lo mejor ella se creía que lo estaba pidiendo yo y no era para mi, a lo mejor se creería que era para alguien, y le digo: no si yo me la voy a tomar delante tuya, no te preocupes, rápido me la voy a tomar...”(E3:5).

“yo al día siguiente me fui a urgencias, que por cierto, no me acompañó mi pareja en ese momento, lo cual fue un detalle muy malo por su parte. Me fui a urgencias, y resulta que no la tenían. Que no tenían ninguna para darme gratuita. Entonces me llegué a la farmacia y me la compré. Me costó una pasta y me la tomé” (E11:7).

3.5.3 Lo que revela el aborto voluntario

Cuatro de las mujeres que participaron en la investigación fueron entrevistadas en una clínica donde estaban derivadas para un aborto voluntario tras un embarazo no deseado. Sus experiencias son importantes, muestran el aborto como resultado de un proceso en el que intervienen varias dimensiones: interacciones con profesionales, citas, derivaciones, pruebas innecesarias, y, en definitiva, revela varios fallos del sistema (especialmente la desatención y la inoperancia para la implantación de los DIUs). Visto en el contexto y el itinerario de las mujeres, permite captar otra perspectiva más allá del fallo personal e individual.

14.- E14, por ejemplo, re-interpretando los consejos de su medico (la posibilidad de quitarse el anillo unas 3 horas para tener relaciones sexuales), olvidó ponérselo al terminar, y, se quedó embarazada.

Así, E3, es de una familia de clase obrera y tiene 26 años. Vive en la casa familiar, trabaja y estudia el acceso a la universidad. Tiene un novio que también vive en el domicilio de su familia de origen. Desde el inicio de su vida sexual, con 18 años, usa el preservativo como único método. Ni ella ni su novio entienden cómo se quedó embarazada: sospecha que se rompió el preservativo pero no tuvo conciencia de ello; no se enteraron. Por eso no se tomó la PAU. Fue 2 veces a revisiones ginecológicas (no le gusta, le da vergüenza porque el ginecólogo es un hombre), nunca pidió asesoramiento anticonceptivo, tampoco a su médico de atención primaria. No usó la píldora que le mandaron por miedo a que repercutiera negativamente en su imagen, pero después de este evento inesperado, se plantea usar algo diferente y más seguro que el preservativo, algo que usa una amiga suya:

“Yo anticonceptivos [hormonales] no me he tomado nunca, porque me mandaron una vez anticonceptivos pero no me fiaba porque no me saliera mucho vello, yo es que soy muy velluda, o me fuera a poner más gorda, y no me he tomado nunca. De hecho ahora he pedido cita con el ginecólogo porque me voy a tomar algo, ponerme el parche que de hecho mi amiga lo lleva y dice que le va muy bien, pero claro eso, cada persona... será un mundo” (E3:1).

- EL DESASTROSO SISTEMA DE IMPLANTACIÓN DE DIUS

También E4 tiene 26 años y es de clase obrera pero, tiene 2 hijos. Se separó del padre de sus hijos (maltratador) y vive ahora con un hombre que la ayuda mucho, que está muy pendiente de ella y de sus hijos. Trabaja en una lavandería, y su pareja, en paro, asume las tareas domésticas. E4 ha abortado en dos ocasiones. Empezó su vida sexual con 16/17 años, tomándose las pastillas que consiguió con la asistencia de su madre que la llevó al centro de planificación familiar, hasta dejarlas para tener su primer niño. La píldora no le sienta bien, se pone muy nerviosa y de muy mal humor, le daba dolor de cabeza, ‘por las hormonas’, dice o quizás por la mente: “a lo mejor todo es de coco también porque todo pasa por algo” (E4: 14).

Ésta chica usó también la marcha atrás y el preservativo. Consiguió información en un curso hace poco tiempo, donde les hablaron, entre otras cosas, de nuevos preservativos más sofisticados (extra finos, de sabores, con estrías...), un método que a ella no le gusta y que no quiere volver a usar: produce irritación y no está a gusto. Fue un fallo en el uso del condón lo que provocó su último embarazo no deseado:

“El de esta vez se me quedó dentro pero al sacarlo se quedaría algo o lo que sea, entonces yo en vez de ir a eso, yo decía, no, que no se ha caído nada... que está todo ahí... y al final nada, aquí estamos otra vez... [en la clínica de IVEs]” (E4:11).

A posteriori se ve que no evaluó bien el riesgo. Tampoco en ese momento tuvo la oportunidad de usar la PAU, aunque la conoce, por falta de información concreta sobre cómo actuar: lo que hubiera podido, quizás, influir sobre la percepción inmediata del riesgo:

“Si que la he escuchado pero nunca me la he tomado. El día ese que me pasó eso, iba a ir para tomarme, pero tampoco sé dónde tengo que ir, no sé ... porque si me coge por la noche a dónde voy, yo no sé dónde tengo que ir... pues entonces, pues no. Y, tampoco, cuando he ido a lo de planificación, no le he preguntado, se me ha pasado...” (E4:9).

Pero, lo más significativo es que este embarazo no deseado, no llega en cualquier circunstancia. A E4 le gustaría ponerse un DIU y estaba esperando que se lo implantaran cuando se quedó embarazada:

“El problema mucho es de los médicos que tardan un montón. Yo llevo desde que tenía mi niña seis meses esperándome a que me pongan el DIU, ¿sabes?. Y, te mandan la analítica y te tardan un mes y pico, ahora para que te den cita otro mes, ahora para que te coja una citología otro mes, cuando te das cuantas dices tú: me quedo preñada otra vez o no me da tiempo a ponerme nada, así que, pero bueno qué le vamos a hacer” (E4:2).

El retraso en el funcionamiento de los servicios sanitarios también lo ‘pagó’ E14 con un embarazo no deseado y una IVE. E14 tiene 32 años y un hijo de un año. Trabaja como controladora del circuito de calidad. Ni ella ni su marido quieren más hijos. Tuvo un embarazo inesperado y un primer aborto cuando tenía 21 años y, desde entonces, toma serias precauciones en sus relaciones sexuales (sean esporádicas o estables) usando la píldora anticonceptiva:

“Siempre he tenido mucho cuidao de tomarme mis pastillas y tó eso, siempre he puesto medios” (E14:2).

Usó la píldora sin dificultades ni efectos secundarios, pero sí tuvo problemas para conseguirla en la farmacia más cercana a su casa; no la dispensaban sin receta. Se cambió entonces, siguiendo los consejos de su médico, al anillo vaginal:

“era más cómodo, que no tenía que esperar un mes entero para poder volver a tener relaciones... y lo probé, lo compré y me lo puse” (E14:1).

Esta referencia muestra la importancia de las recomendaciones médicas y de la información que se ofrezca de los distintos métodos. Usando el anillo anticonceptivo, E14 comienza a tener relaciones con su pareja (una vez pasado el tiempo recomendado por su médico, 4 o 5 días) pero siente molestias:

“el médico de cabecera me dijo: lo puedes tener puesto y a la hora de tener relaciones te lo quitas, que estás cubierta 3 horas, pero bueno yo como me molestaba para dormir y tó ... me lo quité” (E14:1).

En este sentido, E14 va más allá de las recomendaciones médicas, lo que la expone a relaciones de riesgo, en las cuáles se queda embarazada a pesar de haber tomado también la píldora anticonceptiva de urgencia:

“Y en ese mes pues dos veces metimos la pata... y me tomé la pastilla del día después, pero cuando me tenía que bajar la regla, no me bajaba. Y, yo decía: pero, ¿cómo es posible?, y nada, estaba en estado” (E14:1).

E14 también quiere ponerse un DIU desde que nació su hijo hace un año, pero es otra víctima del sistema: las listas de espera, los trámites burocráticos, el trabajo, el cuidado del niño, etc. han contribuido a que se dilate el momento de ponérselo:

“ya cuando tienes un niño se complica mucho todo... tú vas atrasando porque primero es el niño, el trabajo, tú vas al médico para el niño y dices: bueno, ya iré, ya iré... pero si tu tienes una cita desde que tu hijo tiene un mes y medio, para cuando tu hijo tenga seis meses, para ponerte un DIU por no perderla, vas... haces el hueco. Pero, si tienes que: pedir cita para planificación, dos meses para planificación, ahora no te cuadra con los turnos, te da cosa de pedir el día en el trabajo, y vas a planificación y te hacen una citología que te tarda tres meses en darte el resultado, y, encima, te dicen que de un año para otro te ponen el DIU. Yo porque he tenido suerte y me han dicho: no, ahora lo estamos dando... que me parece que la cita la tengo desde hace dos meses ya.. y la tengo para el dieciocho de junio... y yo lo que creo es que todo eso va muy lento” (E14: 4-5).

“la atención y eso muy bien, pero va lento. Y ahí sí que pecan un poco de falta de información, porque yo, nada más que tuve a mi hijo, vamos, a la altura de que pasé la cuarentena, tuve la primera cita con planificación familiar, yo estaba dándole el pecho y estaba tomando el cerazet. El único anticonceptivo que puedes tomar dando el pecho pero, claro, es cómo ... bueno, la postura del médico, cuando dejes de darle el pecho te pasas por aquí... no, señor, si tu sabes que te están dando cita de cuatro o cinco meses para un DIU o para cualquier medio, y de dos meses para planificación familiar, dime: vamos a ir adelantando esto, para que cuando tu dejes de darle el pecho, todo sea llegar y ... no quiere decir que sea, venga deo de darle el pecho hoy y mañana tengo la cita, pero... por lo menos que sea más rápido, que mi hijo va a cumplir un año” (E14:4).

Ella tiene que volver a tomarse la píldora durante unos meses a la espera de la cita médica, y, sin fallos, olvidos o retrasos. La píldora supone una constancia de uso que ella misma duda poder cumplir, teniendo en cuenta su trabajo fuera de casa y el cuidado de su hijo:

“para nosotras que ya tenemos hijos y que lo que queremos es un método seguro, y porque es que yo ahora mismo, entre el trabajo, el niño y todo eso... mi miedo es que se me olvide una pastilla, que llegue la fecha en que me la tengo que tomar y no la tenga, que no he podido ir a comprarla o se me ha olvidado ¿no? Entonces, el DIU es una cosa que la tienes puesta y te despreocupas... ” (E14:5).

E13 por su parte, tiene 28 años, dos hijos de 12 y 2 años y lleva su familia con la ayuda de su madre y de la asistencia social mientras el padre de los niños está en la cárcel. E13 se quedó embarazada muy joven, tuvo su primer hijo con 16 años y desde entonces está convencida de que su problema es ‘ser muy fértil’. Eso le dijo el médico que le asistió en el parto, aunque no le propuso ningún método concreto después; ningún anticonceptivo de larga duración y alta eficacia:

“yo soy muy fértil, porque yo cuando tuve mi niño me lo dijo el médico, que tuviera mucho cuidado porque era muy fértil ...Que sí, que ya me lo dijo el médico: eres muy fértil, ten mucho cuidado [...] Yo no sé dónde se verá eso.. pero cuando lo tuve me lo dijo” (E13:7).

Una fertilidad alta no es nada excepcional en mujeres menores de 30 años, pero esta estrategia consistente en naturalizar el problema no conduce a su resolución: si el problema es que soy muy fértil, no es que no uso los anticonceptivos adecuados o no los utilizo bien. La solución es más sencilla ante el segundo planteamiento, sin embargo, son varias las mujeres de clases populares que viven convencidas de que su problema es ‘natural’; son muy fértiles¹⁵. E13 sigue muy preocupada con los anticonceptivos y hace referencia en varias ocasiones a su obsesión por no quedarse embarazada, y a que esta obsesión, junto con su rechazo a la píldora anticonceptiva, la ha llevado a probar métodos diferentes:

“porque yo creo que hasta me obsesiono... yo, por ejemplo, mantengo relaciones sexuales una vez al mes... y ya me pego todo el mes diciendo “estaré embarazada” y voy a hacerme análisis... Me obsesiono por eso, porque soy muy fértil, y con el más mínimo refileón me quedo embarazada. Y los he probado todos: los parches, el aro anticonceptivo, la píldora... todos los he probado” (E13:5).

A E13 no le sienta bien la píldora ni, en general, ningún método hormonal. Le producen los mismos síntomas que el embarazo: cansancio, desánimo, flojera, mal humor:

“yo, ojalá encontrara unas pastillas que a mí me vinieran bien porque es lo más fiable, pero... las he probado todas... la Jasmin, la Diane... todas, todas...” (E13:5).

No se fía de los métodos más tradicionales: rechaza la marcha atrás, fundamentada en la confianza en la pareja, por escapar a su propio control; y el preservativo por experiencias previas: una vez se le quedó dentro y otra vez se le rompió. No es por ignorancia que no usó la PAU, sino por miedo de sus efectos secundarios, ya que las hormonas le sientan mal. La falta de información y las preocupaciones por su salud condicionan el proceso de re-evaluación del riesgo asumido:

“E13: no fui..., tendría que haber ido a tomarme la píldora del día después...”

P: porque ¿la conoces, no?

E13: claro que la conozco, pero digo: eso es un montón de hormonas... digo, no creo que tenga tanta mala suerte... pensando en que por una vez que se había roto... no iba a tener tanta mala suerte. Conté mis días en que ovulaba... y digo, no, no... porque ya hace tres días que debería haber ovulado y no creo... ¿no creo? Mira... ” (E13:2).

15.- Otra de las informantes que se considera muy fértil, contaba que en su entorno la tomaban el pelo: “que me quedo preñada con nada y dice: tú ves la punta y te quedas preñada, y dices pues ea, ¿yo que hago?... (risas)” (E4:6).

En realidad a ella también le gustaría tener un DIU, lo piensa desde hace ya tiempo. Pero en el centro de planificación, rechazaron la idea para aconsejarle el método responsable de sus abortos.

“sí.. yo tengo en mente el DIU pero es que yo fui una vez a hablar con la de planificación y me dijeron que no me lo aconsejaban porque era muy joven. Pero, el DIU, yo qué sé, me dijeron... que si la píldora no me iba bien que optara por el preservativo que era uno de los más fiables también... pero...” (E13:6).

Nos resulta difícil comprender porque a éstas mujeres que intentan controlar su natalidad pero muestran serios problemas con las prácticas anticonceptivas cotidianas y regulares y que consultan con los profesionales sanitarios, no se les prescriben métodos altamente eficaces y de larga duración. Son mujeres con más de 26 años, muchas de ellas con hijos ... Cabe preguntarse si es el propio funcionamiento del sistema sanitario quien está contribuyendo a aumentar las estadísticas de IVEs.

3.6 La maternidad: difícil decisión

El control de la fecundidad es un reto aun mas importante cuando las mujeres están en condiciones “socialmente ideales” para tener descendencia: en pareja o casadas y con una edad socialmente aceptable para ser madres. Tomar la decisión de una IVE en estas circunstancias puede resultar todavía mas complicado además de exponer a las mujeres a más presión o a sentimientos personales contradictorios y dolorosos. Las que abortaron mencionan que les costó bastante tomar, lo que consideran fue, la decisión adecuada. Con frecuencia sentían que no tenían otra alternativa. Los estudios, o al contrario los escasos estudios y la falta de independencia económica, el paro, la dificultad para mantener unas condiciones de vida dignas, y/o para conciliar vida laboral y doméstica, son determinantes. Estos testimonios confirman la importancia de garantizar el acceso a los métodos anticoncepcionales fiables y de larga duración. Reafirman también la fuerza con que se defiende la decisión tomada, sea cual sea. En esta perspectiva, los dos extractos siguientes subrayan la responsabilidad, claramente asumida, y lo que estas mujeres consideran condiciones apropiadas para ser madres:

“porque yo no me puedo permitir dejar de trabajar... yo estoy pagando una burrá de guardería... porque las guarderías de la Junta están muy bien, pero para que te entre un niño tienes que hacer filigranas [...] Luego, yo que trabajo a turnos mañana, tarde y noche... de tarde no hay ninguna guardería que te lo coja, cuando tu estás sola no tienes ayuda de nadie... un día puedes encalumar el niño a quien sea, pero una rutina, aunque sean cinco tardes al mes. Yo pago 245 euros al mes de guardería. Entonces, si yo me ponía con un niño de un año y medio y un bebé... teniendo que volver a las dieciséis semanas, ¿qué hago yo con dos niños? A parte, yo psicológicamente no me encontraba preparada. Me ha dado mucha pena, y lo he pasado muy mal pero, hoy por hoy, estoy muy contenta, ... porque mi hijo es muy chico y él me necesita a mí mucho ahora” (E14:2).

“pero que en verdad es una cosa nuestra por mucho que se diga “ah, es cosa de dos”, no, eso es una cosa nuestra y nosotras somos las que nos comemos el marrón, y somos las que... tanto si te lo decides quitar, como si lo decides tener. Por lo menos en mi caso, yo tengo dos, y los estoy criando yo, estando el padre fuera como cuando está dentro [de la cárcel] porque cuando está dentro lógicamente no puede, pero cuando ha estado fuera igual, he sido yo la que ha ido tirando del carro...” (E13:6).

Ya avanzamos, otra dinámica destacable: como la experiencia del embarazo precoz e inesperado precipita la transmisión de información a la generación siguiente, con el propósito de evitar a sus hijas, pasar por una experiencia similar. M2 se quedó embarazada joven, no se caso ni vivió con el novio hasta muchos años después:

“Porque yo no sabía si él era el hombre de mi vida. Él vivía en su casa y yo vivía en la mía y yo no decidí casarme hasta que mi hija no tuvo ocho años, porque yo no, no sabía ” (M2:GD5:28).

Tuvo que cambiar sus planes y proyectos vitales. Y el deseo de que sea diferente para su hija se nutre de su propio “sacrificio” :

“Yo tampoco quería quedarme embarazada con dieciocho años, ¿yo?, qué dices [...] Que yo me iba a ir a estudiar a Málaga, me iba a ir a Estados Unidos (ríe) en Septiembre, y me quedé embarazada en Junio o así...y : ¡me cortó todo el rollo!. Porque yo me iba a Estados Unidos a vivir con una familia que tengo allí, y a estudiar y a trabajar allí...Y yo esto, por ejemplo, para mi hija no lo quiero. Yo quiero que mi hija estudie fuera, que viaje » (M2:GD5:15).

Tanto el aborto como el rechazo del matrimonio en caso de un embarazo precoz ilustran algunos cambios de la condición femenina: el rechazo de un destino limitado al estatus conyugal y a la maternidad.

“M5: Hoy en día es diferente pero, a lo mejor, hace diez años, veinte años un embarazo era: venga, a cásate por cojones con vuestra pareja y, a tomar por culo. Te jodes si la quieres o no la quieres, tienes que pagar y punto” (GD5:28).

Sin embargo, en estos cambios queda una cuestión abierta. Aunque parte de las mujeres critica el preservativo por: fallos de uso, incomodidad (su roce irrita la piel) y cortar el rollo y los varones parecen compartir este punto de vista. Cabe preguntarse si son realmente el preservativo y sus roces lo que rechazan las mujeres o si es el trabajo que cuesta conseguir, a veces, que la pareja se lo ponga, y paralelamente la tensión (placer/frustración) provocada por la marcha atrás que impide dejarse llevar como a una le gustaría. De otro lado, se percibe la dominación masculina en la resistencia al preservativo en el marco de las parejas estables, combinada con cierta ambivalencia femenina relacionada con la naturaleza y la duración de la relación. Para algunas, el embarazo imprevisto se concibe como un evento posible y asumible en la vida de una relación duradera, entre adultos:

“M2: lo que pasa que cuando ya es una pareja de hace tiempo pues ya te da igual, lo que te puede pasar es que te quedas embarazada, pues bueno, ya está. Que viene bien o viene regular pero, ya está, pues para adelante...no es lo mismo que cuando uno es más joven que (ríe) uno piensa en un embarazo que es como un...morirse (hablan todas)” (GD5:15).

Mientras que para otras que a priori no quieren tener hijos, un embarazo sería un contratiempo terrible:

“M1: Sí, pero que depende del caso, mira que te diga, a mi es que eso me pasa ahora, yo me quedo embarazada ahora y a mi me mata más que si fuera una pareja inestable... yo no quiero quedarme embarazada y tener que tomar la decisión de abortar...” (GD5:15).

El deseo de tener hijos o, por lo menos, el conocimiento de qué pasaría en este caso condiciona, al menos en parte, las precauciones que se toman y los riesgos que se asumen.

Para terminar subrayamos la ambivalencia de los métodos hormonales modernos. Si por un lado contribuyeron al reconocimiento y la aceptación del derecho de las mujeres al placer sexual, por otro, contribuyeron a que se consolidaran las representaciones de la sexualidad coital y de la penetración sin condón como lo ‘más’. En el marco de la relación estable, supuestamente sin riesgo de contraer una ETS, con poca difusión del DIU (y casi ninguna del resto de métodos de larga duración), resulta complicado controlar la situación cuando se rechazan o abandonan los métodos hormonales.

II. REPRESENTACIONES, DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

En el heterogéneo mundo de la discapacidad (física, sensorial y orgánica)¹⁶ hay varios temas centrales: la escasez de información adaptada, las dificultades para ligar (asociadas a la baja autoestima y/o a los problemas de comunicación), la maternidad como expectativa, y, la falta de conocimientos y de sensibilidad de algunos profesionales de la sanidad respecto a las personas con discapacidades. Este desconocimiento contribuye al mantenimiento de la visión de parte de las mujeres con discapacidad como seres asexuados, y, consecuentemente, a su desinformación en materia anticonceptiva.

Para profundizar en la comprensión de estos colectivos acudimos a las mujeres que, con diferentes discapacidades, realizan estudios universitarios. Son mujeres punteras, mujeres que rompen moldes, mujeres capaces de mostrarnos cómo mejorar la situación de sus colectivos. Piénsese que necesitábamos mujeres en edad fértil con una vida sexual activa que relatar y sobre la que profundizar. Sabemos que en el colectivo de personas con discapacidad, el nivel de estudios es bajo y el acceso a la sexualidad tardío y complejo. Así, los discursos que analizamos aquí corresponden a mujeres que, procedentes de clases populares, han logrado llegar a la universidad y, en su mayoría, tienen o han tenido relaciones heterosexuales. Como contrapunto disponemos sólo de los discursos de las mujeres con discapacidad auditiva y sin estudios: las más aisladas. En definitiva realizamos siete entrevistas y cuatro reuniones grupales. Las entrevistas se realizaron a: 3 mujeres con discapacidad física (EDF1, EDF3 y EDF7); 2 mujeres con discapacidad auditiva (EDF2 y EDF5) y 2 mujeres con discapacidad visual (EDF4 y EDF6). Las reuniones grupales fueron con: mujeres con discapacidad auditiva, sin estudios (GD6) y con estudios (GD7); mujeres con discapacidad visual y con estudios (GD9) y mujeres con diferentes discapacidades (GD8).

Las variaciones discursivas de las mujeres implicadas, vienen marcadas por la proximidad a los servicios públicos (de salud pero también sociales y educativos) y a sus formas de organización burocrática, y por el hecho de que la discapacidad sea congénita o adquirida (más exigentes y dependientes) ... además de por el tipo de discapacidad. Esta última característica sirve para agrupar las posiciones respecto a las reivindicaciones y barreras concretas que les afectan y respecto a la distribución del gasto sanitario.

1. Barreras a la anticoncepción comunes a las mujeres con discapacidad

Las barreras de acceso a la información y a los servicios de salud, en su mayoría, son comunes a toda la población. Los usuarios del sistema sanitario valoramos el trato amable y respetuoso, la confianza, la profesionalidad, la rapidez del servicio ... Las mujeres con discapacidad, también. De igual modo, la mayoría queremos ser informados de forma clara y precisa, y, generalmente, sin juicios morales¹⁷. Así, la mayoría de las facilidades / barreras de acceso serán comunes. Lo primero que destaca, por tanto, son las similitudes, no las diferencias.

“B: [...] Es que yo no veo tantas diferencias de las personas con discapacidad, es que no veo ninguna diferencia de las personas con discapacidad a sin discapacidad. No tenemos, además como hemos dicho al principio, yo tengo unas limitaciones, tu tienes otras, tu tienes otras, pero las personas que no tienen discapacidad, tienen sus limitaciones

Varias voces y murmullos

B: entonces, tanta separación de personas con discapacidad, personas sin discapacidad, mujeres, hombres...” (GD8:19).

“G: Yo tengo amigas que no tienen ninguna discapacidad y a parte también estoy muy relacionada con

16.- Como se puede comprobar, las mujeres con discapacidad orgánica no estaban incluidas en el diseño inicial; fueron ellas las que se hicieron un hueco en la investigación participando en un grupo. Aunque las aportaciones de este colectivo no son concluyentes, deseamos contribuir a visibilizar sus situaciones y reivindicaciones.

17.- “B: [...] A mi nunca me han dicho por qué mantienes relaciones sexuales ni por qué te vas a tomar la píldora del día después... nunca me han dicho nada! Me han dado el sermón, la vez que me pasó de la píldora del día después, como se la podían dar a una persona que...a una mujer que viera” (GD8:5).

gente de la ONCE. Entonces, no suelen darse diferencias, no sé, veo los mismos problemas de autoestima en las mujeres, las mismas dudas sexuales, lo mismo todo [...]” (GD8:18).

No obstante, hay algunas peculiaridades de estos grupos poblacionales que les suponen barreras específicas adicionales y, debido a que son grupos de población minoritarios, esas barreras son desconocidas para la mayoría, lo que contribuye a que se perpetúen. Para las personas con discapacidad la principal barrera es de concienciación; es la falta de conciencia colectiva sobre las barreras existentes:

“si hubiera una conciencia colectiva, no habría barreras arquitectónicas. Si hubiera una conciencia colectiva, no habría barreras de comunicación. Todas las páginas web serían accesibles, en fin todo esto, ya lo tendríamos, pero como no existe esa conciencia colectiva, existen las demás barreras” (EDF6:7).

González Moya (2009) diferencia tres tipos de barreras: las barreras del medio físico, las barreras de la comunicación y las barreras de la concienciación. Esta última es común a todos los colectivos, las otras son diferentes para cada uno de ellos. Luego, para hacer frente a las barreras de concienciación hay iniciativas de trabajo conjunto de los distintos colectivos:

“mira, yo estoy metida en el grupo de trabajo del Ayuntamiento y hemos realizado el borrador de la sensibilidad universal de aquí de Sevilla y allí hemos estado: las asociaciones de personas con discapacidad, representantes del Colegio de Aparejadores..., y entre que yo digo “oye mira, esto tiene que estar así...”, el otro, “no es que esto por ley...” y entre todos, se ha hecho el borrador, se lo dimos el otro día al alcalde. Pues esto, pidiendo lo mismo, es ir...

F: uniendo pieza por pieza...

A: claro, ir dando, aportando cada uno pum, pum y se va buscando la solución para todos” (GD8:23).

Trabajando desde la inclusión, en este capítulo, presentamos además de las barreras comunes a los diferentes grupos (de concienciación y sanitarias), las barreras que afectan de forma específica a las personas con diferentes tipos de discapacidad o discapacidad: física, sensorial (visual y auditiva) y orgánica.

1.1. Barreras de concienciación

Las barreras comunes son, en su mayoría, barreras de concienciación, barreras invisibles, por tanto. Desconocimiento, prejuicios, miedo, dominación masculina, religión, actúan como barreras de acceso a la anticoncepción para los colectivos con cualquier tipo de discapacidad.

1.1.1 Desconocimiento

El desconocimiento contribuye a la expansión y perpetuación de ciertas falsas creencias y representaciones. Por ejemplo, de la creencia de que estas mujeres son seres asexuados:

“D: yo creo también que la información a las mujeres con discapacidad es inexistente, porque no piensan que tengamos sexualidad ni tengamos deseos sexuales, ni que tengamos pareja [...] que no te ven atractiva por tener una discapacidad sea cual sea ni piensan que tu le puedas gustar a otra persona, y ya bueno, encima eres mujer, no piensan que tienes relaciones sexuales (GD8:1/5).

“D: si, si porque lo comentan muchas mujeres con discapacidad. Y ¿para qué las vas a tomar? Y, por ejemplo, si va alguien para la pastilla del día después ¿no?. ¿Y la pastilla del día después por qué? ¿qué has hecho? (risas) y también una mujer me comentaba que se quedó embarazada ¿y cómo te has quedado embarazada? Y que ella contestó, “pos hijo, como todo el mundo, me abrí de piernas y ya está!” (risas)(GD8:3).

“C: En muchos casos es verdad que, injustamente, la sociedad considera que son mujeres asexuadas. En otros casos, la baja autoestima hace que realmente esas mujeres se sientan poco atractivas, pero es que eso es una

realidad [...] hay una barrera importante sobre todo en discapacidad física, y negarlo es querer cerrar los ojos a una realidad. Es decir, la gente, por desgracia, llega la chica cojeando, y la gente la mira distinta ... y ella misma se siente distinta... Tienes un caso magnífico, que es el de Frida Kalho¹⁸ que era una mujer súper activa” (EDF6:37).

1.1.2 Miedos y prejuicios: “el problema de la sexualidad de las discapacitadas sois los no discapacitados, que no os acercáis, no es otro” (EDF7)

Las reacciones más frecuentes ante la discapacidad son, por cuestiones históricas, culturales y religiosas, de conmiseración, de lástima, de miedo, de temor... Es decir, son actitudes ante la discapacidad, que crean distancia, crean barreras..., esas barreras invisibles configuran lo que González Moya (2009) llama el escalón de cristal.

“F: [...] es verdad, la gente que no se acerca a alguien con discapacidad por ignorancia y por prejuicios, pero es cierto que cuando las personas que no tienen discapacidad se acercan a personas con discapacidad y conocen personalmente a gente con una u otra discapacidad también hay un punto que tenemos positivo, creo. Además todos, porque las vivencias que hemos vivido, que no han vivido otras personas, en las conversaciones que podamos tener con nuestras amistades, eso también se nota y yo creo que eso se transmite.

G: te voy a decir una cosa, la discapacidad también te endurece mucho ante las cosas ¿eh? Te tomas las cosas con otra filosofía [...]

D: yo creo también que no se acercan a nosotras por miedo, como tu dices, las personas con discapacidad, es por miedo y por el desconocimiento que hemos hablado desde el principio que no se normaliza la situación, hay desconocimiento y tienen miedo, se piensan que somos monstruos y monstruas, y, cuando nos conocen”... (GD8:18).

“Los miedos de la gente son miedos que hacen que se intente por todos los medios que los discapacitados no tengamos sexo” (EDF7).

Como señalara Goffman (1963), los estigmas visibles determinaban las conductas de evitación que debían adoptarse respecto a los portadores de estigmas. Esas conductas de evitación estarían, algo suavizadas, vigentes todavía. Al no estar normalizado el trato con estas poblaciones, no sabemos relacionarnos con ellos. Los prejuicios impiden la comunicación abierta y fluida y contribuyen a la adopción de roles sobreprotectores e infantilizantes que irritan e indignan a las mujeres con discapacidad y no favorecen el desarrollo de su autonomía y autoestima.

1.1.3 La dominación masculina

El sistema de dominación masculina vigente en nuestras sociedades contribuye a la discriminación de las mujeres en general y, si tienen algún tipo de discapacidad, a la doble discriminación. Nuestras informantes relatan numerosas situaciones en las que un tipo de discriminación potencia al otro, no es que se sumen, es que se multiplican sus efectos discriminantes.

“F: [...] en el caso, por ejemplo, de que sea una discapacidad con muchas afectaciones y tal, a lo mejor ahí sí se entiende que la prostitución es normal, ¿no? Alguien con una capacidad muy limitante y tal, hombre, pues es normal, que se impulse desde determinados amigos suyos ¿no?, y eso, en el caso de la mujer, no ocurre. Entonces ahí sí que hay una diferencia...que tiene que ver con la discapacidad y con el género

18.- “C: Sí, la pintora mejicana, esta mujer tuvo, además de la polio, tuvo un accidente brutal a los 18 años...Y, vivió con corsés durante toda su vida y la mitad de la vida en la cama, y sin embargo, era una mujer que ligaba un montón y tenía una vida sexual superactiva. Con hombres, con mujeres, vamos..., que era una mujer con una autoestima fantástica, una mujer excepcional, pero mujeres como Frida no hay muchas. Luego tienes el caso contrario de María Blanchard que también es pintora, la mejor pintora cubista, que decía “cambiaría todo mi talento por un poco de belleza”. Esta mujer era jorobada. Su madre se cayó de un caballo cuando estaba embarazada y tenía una doble cifoescoriosis, con lo cual, esta mujer, tenía un complejo terrible. Ya lo verás en mi libro, como yo reflejo esas dos formas de enfocar la discapacidad y pongo los dos ejemplos: María Blanchard y Frida Kalho ...” (EDF6:37).

D: porque a ellos se les entiende que es una necesidad y en las mujeres no!, las mujeres para ser madres [...]

A: desde mi gremio, como digo yo, desde la silla de ruedas! Un hombre que tenga un deseo y eso “te vas... a una puta y weee” te tomas la Viagra y además te la regalan. La mujer no tiene derecho ni a la Viagra, ni a un prostituto ni a nada (risas) porque “¿y tú para qué?”. Yo lo quiero para lo mismo que tú! Es decir, ¿lo ves? ahí ya va el tema de la discapacidad, ellos se toman la pastillita celeste o del color que sea (risas). Y nosotras no tenemos derecho a eso.

E: claro pero realmente sigue habiendo cuestión de género porque claro, a él le han hecho, le han fabricado químicamente una Viagra! ¿Por qué? porque él es hombre y porque él tiene la necesidad humana y natural de tener relaciones y nosotras no! O sea para ti no hay nada que te pueda estimular, porque tu eres una mujer! [...]

C: bueno pero también he oído que también hay estimuladores para mujer, eh” (GD8:11).

“F: la familia, eso es lo peor! (risas) ahí influye género, discapacidad y todo lo que quieras echarle, por lo menos yo eso lo he vivido, lo vivo y lo veo en muchos casos [...] por cuestiones de género, a las mujeres se les ha asignado el rol de maternidad, de cuidados, patatín...ahora llegamos y además de ser mujer tengo una discapacidad! Con lo cuál, en muchos casos, ni va a poder tener hijos, o va a requerir ayuda o...no va a poder llevar a cabo todas las funciones que se le han asignado por género, entonces la familia de él, más de él! porque en el caso de que el hombre tenga la discapacidad al revés, es que la mujer, tomamos un rol maternal, y...es como que es mi pareja y es mi hijo [...] “y...no vas a poder tener hijos, y ahora se pone mala, y ahora vas a tener que ser tu el que...” entonces no se dice abiertamente, pero eso está ahí.

Murmullos varios

D: quizá por eso se empareja mucho discapacitado, porque se apoyan mutuamente también

F: piensa una cosa, el hombre con discapacidad, quiere una mujer que le cuide! Y la familia de él quiere también, entonces, en un momento dado esa familia...Veras, yo no estoy tampoco generalizando, pero que si me consta que puede que en muchos casos sea así y dice...

G: pero bueno tampoco tiene nada que ver, mira, mi novio también es discapacitado, de hecho él es ciego, y... es que me daría igual que estuviera en una silla de ruedas si me va bien, es que me da exactamente igual! Es la persona con la que yo me encuentro. Y...la familia de él si que me echa más carga de llevar las cosas, eso sí” (GD8:15).

La dominación masculina se pone de manifiesto también en la doble moral que juzga más duramente a las mujeres que a los varones que mantienen relaciones sexuales. Como para el resto de colectivos, este juego de control – sanción diferenciado es aún más marcado en el medio rural.

“I- Porque un hombre que siempre esté con muchas mujeres, es verdad que va a adquirir más experiencia y cuando tú a lo mejor, si vas con uno, va a decir: ¡guau! Pero ellos, si saben que tú has tenido experiencia, no les gusta. Primero te pueden decir: que bien no sé qué, pero luego, al final, te terminan saltando por ahí... te terminan machacando por ahí

N- Sí, sí, sí

I- Eso lo digo por experiencia personal..., de tener confianza con una persona y de contarle así, y luego, cada vez que vas teniendo más confianza de machacarte cada vez más en ese tema, como diciendo es que tú... ¿Y tú qué? Es que, a mí me choca mucho ese machismo, no sé.

N- Pero que eso debería romperse ya, por Dios.

I- Pero que eso lo vemos nosotros dentro de la propia ONCE ¿Cuántas chicas no son criticadas de que son unas guarras, y se acuestan con todo el mundo, y ¿cuántos tíos hemos visto criticados? A ninguno [...]

L- La verdad es que en los pueblos se ve un poco más, porque yo también desde que he trabajado allí, mis amigas me decían: L, cuidate la imagen. Lo típico, que llegas un sitio nuevo, haces amistades, sales con uno, y a mí me llevaba la vida todo el mundo y no tiene porque... y

N- Sí, sí es que no te puedes mover.

L- Y ya está, que no puedes vivir alegre por ahí no sé, hay mucho machismo, muchísimo, y en los pueblos pues se ve mucho más” (GD9:20).

Ese sistema de dominación masculina contribuye también a que las mujeres con discapacidad experimenten más dificultades para ligar que los hombres con discapacidad¹⁹. A raíz de ese debate surge el tema de si ligue de una noche o pareja estable, ¿qué se busca? Las mujeres sostienen que con la edad van más en busca de la pareja estable y que los hombres muchas veces buscan sólo el lío de una noche. Algunas mujeres con discapacidad se quejan de que sólo cuentan con ellas para momentos puntuales, esporádicos, no para algo serio.

Una barrera más, derivada de idéntico sistema, la constituye la socialización en la sumisión y la resignación que han recibido gran parte de estas mujeres. La sobre-protección actúa en contra de su independencia, su autoestima y sus posibilidades de realización.

“Desde la infancia, esa mujer ha sido programada para obedecer. La mujer con discapacidad, desde pequeña, ha sido programada para obedecer, y para entender que las vulneraciones de sus derechos son parte de su discapacidad. Tú no puedes ir a la escuela, pero mira, tú no te preocupes que tú aquí en casa estas muy bien, porque tal... Entonces, ha aprendido a que eso es parte de su discapacidad, y eso está demostrado” (EDF6).

1.1.4 El modelo de belleza dominante

El modelo de belleza dominante y la cultura del culto al cuerpo también constituyen barreras a la interacción, a las relaciones íntimas, al ligoteo y a la vivencia de la propia sexualidad. “La mujer con discapacidad tiene una autoestima muchísimo más baja porque no se ajusta al estándar de belleza” (EDF6). En general, estas mujeres están reclamando estrategias de autoafirmación para aumentar su autoestima y la seguridad en sí mismas.

E: yo me siento muy insegura...entiendo que también pueda ser por mi discapacidad física ...pero me siento muy insegura a la hora de tener relaciones sexuales, de que alguien me vea. Yo salgo por la noche y no voy con ninguna intención de ligar ni nada, pero si hay alguien que habla conmigo, yo soy hetero, si hay algún tío que habla conmigo yo me siento incómoda, tengo miedo, me siento mal, porque va a ver que no tengo mano, y, al final me estoy limitando un montón!

D: porque no te muestras como tú eres realmente porque estas pensando nada mas en la barrera esa y no en mostrarte como tú eres!

A: yo no, yo es que ya tengo mucha cara, llevo diez años en silla de ruedas al principio estaba en una depresión, vamos! Metida en un pozo, pero yo ya le he echado cara al mundo y ya está

C: es que cualquier cosa...física, que tengas diferente, te baja el autoestima y te hace sentir insegura, no hace falta tener discapacidad, sino cualquier cosa [...]

E: lo que me jode es que si yo a lo mejor lo quiero hacer, me estoy limitando ¿no? Pero que yo veo que en plan “como tienes discapacidad yo ya a ti te tengo que querer y te tengo que amar”

Murmullos y varias voces

E: pero que yo pienso a veces, hasta que punto mi personalidad esta casi impuesta por mis circunstancias!

D: Si, ahí llevas razón” (GD8:13/15/17).

“La apariencia física, muchas veces, se convierte en una barrera insalvable, y por ese tipo de cosas. Yo creo que sí que tiene que haber más formación que información. Y además, más individualizado. No individualizado sólo para la discapacidad, es que cada persona es un mundo” (EEDF4:15).

1.1.5. Los ‘lugares comunes’ y los mitos

Los mitos sobre sexualidad se combinan aquí con los mitos sobre cada discapacidad. Estos circulan por los

19.- “A: donde yo estoy, son cinco hombres y somos dos mujeres y los cinco tienen pareja, y de las dos, mi compañera se quedó parapléjica cuando tuvo a la niña [...] y yo me quedé soltera, que no entera! (risas) (GD8:15).

diferentes grupos, son sociales y, por tanto, compartidos²⁰.

“que una persona ciega tiene que mantener relaciones con una persona ciega, que los ciegos son feos, cosas así ¿no? Mitos como que una persona con discapacidad intelectual no tiene apetito sexual, ...Cosas que la gente, se le ha metido en la cabeza que una relación sexual completa implica una relación en la que tiene que haber orgasmos durante la penetración, y no es así, eh. Que la mejor relación sexual era aquella en la que se producían el orgasmo femenino y masculino a la vez ... ” (EDF4:10).

“es importante desmitificar todo, y decir: yo tengo tal discapacidad, quiero mantener una relación sexual, pero quiero hacerlo seguro. Entonces, creo que lo importante es que se quiten esos tabúes, y todas las vergüenzas del mundo” (EDF4:18).

“En realidad, los mitos que más se han usado, que el preservativo corta el rollo, es que en realidad sí y no. O sea, depende todo de cómo te las ingenies. Que las píldoras reducen la fertilidad, ese tipo de cosas, son las que más he oído siempre” (EDF4:11).

Aun entre las mujeres con estudios superiores aparecen algunos mitos pero, estos son aquí cuestionados, discutidos y rebatidos: la píldora engorda, la PAU es una bomba hormonal... A su vez, estos discursos ponen de manifiesto la fuerte legitimidad del discurso médico: si lo dice el médico, será así ; si la información procede de otra fuente, es más discutible. No obstante, para algunas el discurso médico es sospecho por defensivo, proteccionista y atemorizante.

“A: el tema de las pastillas anticonceptivas, para las que vamos en silla de ruedas, te dicen que vas a coger kilos ...la mujer en silla de ruedas que lo que mueve son los brazos, la cabeza y para de contar ¿vale? y si te impulsas tú..., a mi una pastilla anticonceptiva, lo primero que me dicen es ¡que te vas a poner!!

B: ¿pero eso te lo dicen los ginecólogos?

A: sí, claro!

B: ¿sí?

A: Las pastillas anticonceptivas por norma, suelen engordar ¿no? Vamos, yo lo tengo...

B: mmm...dicen que no, que es cuestión de tomarse la píldora adecuada a tu...

A: claro la píldora adecuada a tu lesión, pero cuando te das cuenta...eres un globo sonda, vamos! Entonces ¿qué pasa?, que el preservativo, pero claro!

B: y esto...y los parches, ¿eso también engordan?

Murmullos, varias voces

E: esos menos ¿no? Creo yo

D: yo creo que las pastillas tampoco engordan, yo creo que eso era hace muchos años, yo me las tomo hace diez años, y yo no he engordado nunca ni un kilo, yo creo que eso es un mito que hay, que a lo mejor los médicos para meter miedo, a lo mejor lo dicen pero no es verdad!

B: yo también pensaba igual que ella, que era un mito, por eso cuando has dicho que te lo ha dicho un ginecólogo igual...

D: si yo creo que lo dirán para meter miedo o eso...

A: a lo mejor como no quieren que hagamos nada, sabes, que seamos buenas, santas y puras y castas hasta la sepultura (risas)” (GD8:9).

20.- “N- Lo del punto G eso no existe. Es verdad. El punto G... (Risas)

I- Yo como no sé lo que es, si es de verdad o no, es decir que no puedes saber realmente si existe o no...

L- Es que mito es un poco todo, porque como que lo pintan como algo uff...

N- Sí, que la gente siempre, pim, pam, pum a todas horas no...

L- La experiencia es bonita, pero no es lo mejor de la vida.

I- Pero es bonita, si todo se hace bien, si no de bonita no tiene nada [...]

N- Exageran.

I- Oh, ya verás, yo no lo veo tanto, después de treinta años, yo veo otras cosas más importantes y más divertidas, más bonitas, no le doy tanta relevancia” (GD9:20).

“B: es probable porque, no estoy muy segura, pero que también la píldora postcoital es una bestialidad de hormonas! Yo creo que es más que a lo mejor

F: pues eso, si no nos viene bien la píldora, que es la normal ¿no?, yo creo que a lo mejor tomarte la píldora postcoital es como tomarte un montón de píldoras juntas ¿no?” (GD8:30).

“L- Nada más que con los efectos secundarios... eso te tiene que destrozar. Y eso, como mi amiga, ésta que he comentado con el médico que le ha dicho que no, que eso es malísimo [la PAU]” (GD9:8).

Es tan fuerte el poder de estos mitos que llegan hasta a la población con la discapacidad más aislante, las mujeres sordas. Sería pues, un error pensar que estas mujeres escapan a su influencia: dudan del diafragma, de la eficacia del DIU, del efecto de las hormonas sobre la salud, la fertilidad y la estética ... Sus preocupaciones no se diferencian de las del resto de mujeres, salvo que resulta quizás más complicado expresarlas y encontrar las respuestas. Estas con frecuencia son demasiado escuetas como para solventar las dudas: se pierde información relevante al recibir interpretaciones demasiado resumidas (otra forma de sentirse apartada).

“M: una persona empieza a tomar la pastilla anticonceptiva, y ya cuando se casa y quiere tener un hijo de tanto tomarse la pastilla ya le cuesta más quedarse embarazada, que a una le pasó que en un año solo le vino la regla 2 veces, a mí eso me parece imposible... Yo es que me da mucho miedo la pastilla, prefiero no tomármela, prefiero usar condón o marcha atrás” (GD7:2).

“Ra: se ha hecho el ligamento de trompas, pero que puede tener una enfermedad muy grave, no sé como se llama, pero es algo que en el periodo que tienes la regla se forma ahí algo que te puede subir al cerebro y darte un infarto cerebral, pero depende de cada persona, algunos pueden tener problemas y otros no, eso me han dicho, que depende de la persona..

N y M: (cara sorprendida) vaya pues no tenía ni idea...” (GD7:10).

“M: sí, a mí me han dicho mucho de tomarme las pastillas también, pero a mí no me gustan, lo veo como si fuera una droga, no me gustan.

N: Pero si las pastillas anticonceptivas no son una droga, ¿que tiene que ver?

M: sí, porque las pastillas tienen algo de droga, muy poquita, pero todas las pastillas tienen algo de droga. Por ejemplo, te duele mucho la cabeza y te tomas una pastilla y te da mucha calma y te relaja, pues porque lleva algo de droga, sí, sí..” (GD7:12).

“M: sí, una amiga también me dijo que contaba los días, y hacía por no quedarse pero no le fue bien. No sé, es que eso depende de cada cuerpo, no todos son iguales...son cosas que no sabemos ¿eh? Es información, muy poca. Si me dicen por ahí que hay unas pastillas y esto y lo otro pero no me entero.

R: pues ve mejor con el intérprete!

M: ¿intérprete? Pero si luego te lo dice muy resumido así por encima.. no me entero al 100%. Yo veo que están hablando del tema entre gente de mi familia, luego pregunto y me dicen dos palabras: “que tienes que tener cuidado” y digo “sí pero ¿de qué, con qué, cómo?” ¿me tomo las pastillas cada 24 horas o por las mañanas o por la noche? No tengo ni idea...

R: eso siempre es mejor por la noche, igual, a la misma hora. Si el médico te dice, por ejemplo, a las 10 de la noche o mejor a las 11 ... porque yo sé cuándo me acuesto con mi marido siempre lo hago sobre esas horas calculo que justo una hora después es cuándo tenemos relaciones” (GD7).

“M: sí, pero yo digo que voy a la farmacia a comprarme unas, y ya está, con eso tengo toda la información? Pues es muy poca, no sé... me quedo igual, sin saber.. al final nada..

R: te ponen los días, por ejemplo tienen que ser 21 días, pues los vas apuntando, con la misma hora que veas que te viene mejor. Yo siempre me las tomo sobre las 10:30 o así, aunque una vez se me olvidó, no veas que susto, un día lo dejé, pero bueno pues al día siguiente te la tomas...

M: y sí no te la tomas un día igualmente tienes relaciones?

Rj: no pasa nada, si llevas mucho tiempo tomándolas eso ya tiene protección... porque son 21 días los que te los estás tomando...ya tienes suficiente protección...y puedes hacerlo las veces que quieras con tu marido" (GD7)²¹.

1.2 Barreras sanitarias

1.2.1. Concepto de sexualidad restringido

En la sociedad y en el ámbito de la sanidad también, es frecuente manejar un concepto de sexualidad muy restringido, reducido a la penetración, cuando la sexualidad es mucho más. Este reduccionismo (de la sexualidad expandida a la sexualidad coital) que se ha mostrado muy perjudicial para la sociedad en general (y comentábamos con motivo de la iniciación a la sexualidad), lo es aún más cuando algunas zonas del cuerpo están alteradas.

"D: Y, la sexualidad no se basa solo en la penetración, tu sientes en otras partes de tu cuerpo

A: ya, pero esta persona se refería a eso

D: Se refería a eso, por eso digo que...es un fallo, también" (GD8:5).

"C: [...] con discapacidad física es la sensibilidad! Que la mayoría piensan que no sienten nada absolutamente! y hay gente que sí siente! Y aunque no sientan, si está la intimidad, si está la complicidad, si están las caricias, si están los besos y todo eso, eso no lo tienen en cuenta!

A: eso es lo que yo he dicho antes, cuando te he dicho "¿bueno pero y tú sientes?" distinto a como lo sentía antes, y distinto incluso que a ti, porque tú seguro que sientes distinto a ella, y tienes sensibilidad, entonces yo siento distinto, ni más ni menos, ni mejor ni peor, distinto!

C: claro, y eso no lo sabe nadie!" (GD8:22).

1.2.2. Confusión organizativa: ¿a quién y dónde consultar?

La diversidad organizativa en los servicios de atención a la SSyR (denunciada por algunos profesionales y confirmada por personal del SAS) confunde a la población y complica el uso del servicio, más aún cuando se tienen dificultades específicas añadidas. Varias informantes sostienen la idea de que aun existen los centros de planificación familiar y consideran que son los lugares ideales para consultar y resolver sus dudas y necesidades en este terreno. Buscan la interacción directa, no una página web²². Una de ellas está buscando aún un centro de planificación familiar en Sevilla, para ponerse un DIU:

" hay muy poca información de centros de planificación familiar. De hecho, yo estuve buscando uno, para usar el DIU y me tuve que ir, buscar centros de planificación en Sevilla, buscarlos por zonas,irme al Google Map, mirar donde estaba, o sea, un follón impresionante. O sea, igual que tenemos un listín telefónico con todos los números de todo dios, pues que haya alguna forma de que tú puedas decir, qué centro de planificación me pertenece por zona, yo creo que es que es un servicio básico ¿no?" (EDF4:9).

" sí... vamos no es porque yo ahora lo necesite, ni nada... pero por ejemplo, planificación familiar ahí si te pueden informar de los tipos de anticonceptivos que hay... " (EDF3:4).

Pero la confusión no se limita a los centros de Planificación Familiar. Estas mujeres acuden a los servicios de salud, relatan experiencias con los médicos de atención primaria, de ginecología y con los especialistas de sus dolencias específicas. Si la disfunción es compleja serán los especialistas quienes solventen todas sus dudas, los médicos generalistas no se atreven. No obstante, en ocasiones, los especialistas están sien-

21.- Falsa creencia aunque muy extendida.

22.- "ir a un centro de planificación familiar, que yo creo que es la atención más directa, que es persona a persona, que es un profesional que está allí para eso, y no es una página Web, no es tan frío ¿no? te pueden ayudar, yo por lo menos iría a un centro de planificación" (EDF4:18).

do sustituidos por Internet, las amigas y/o compañeras de fatigas.

“¿donde os informáis, a quien preguntarías? ...dudas de este tema

F: yo ahora mismo, en temas de sexualidad, bueno anteriormente preguntaba al nefrólogo directamente, que es mi especialista de mi enfermedad, y ahora por Internet” (GD8:23).

“A: yo al tema de la sexualidad, mi neuróloga, que yo creo que lleva toda la vida, bueno es la que nos trata a todos los de Sevilla, ¿sabes? Tanto hombres como mujeres, entonces es la que sabe ¿no? ella y si no Internet y si no compañeras que de experiencias pues se sabe...

D: yo no sabría adonde ir, no hay especialistas, por eso no te tratan, yo creo que iría a mi neurólogo también, porque no sabría adonde ir

A: que ellas saben, ya no por experiencias tuyas ni por lo que haya estudiado, sino por lo que la han contado entonces, “oye pos mira a mi me han dicho esto” y ya pues el que me ha dicho, es que no... (silencio)

E: yo le preguntaría a mis amigas pero vaya que yo... (risas)

C: ¿depende de la duda no? (risas) sabes a quien acudir (risas)

B: depende de la información, si la información es puramente ginecológica, me voy al ginecólogo! Eso si para tomarme una pastilla, para tomarme tal, ahora si la duda...

A: ...sabes, al final la información, ya sea sexual, lo que sea, hablo de mi discapacidad ¿no? Al final, quien te mira es el neurólogo porque es el que realmente sabe qué te va bien

F: igualmente digo, yo voy aunque sea un resfriado a primaria y el medico de cabecera no se arriesga a mandar nada, “al nefrólogo, espérate al lunes y vas al nefrólogo”

E: yo creo que dentro del Sistema Sanitario se ve la discapacidad como una información adicional [...] En fin, que yo creo que es importante que se teorice y que estudien pero sobre todo que se conciencien porque tú puedes saber mucho de un tema pero si tú no tienes conciencia ¿no? De inclusión y que yo no digo que sean malos [...]” (GD8:25).

“porque los médicos si tú pides información, te la dan. El problema es que no nace de ellos dártela, ¿vale? Pero si tú la pides te la dan” (EDF4:18).

Las barreras para estos colectivos son pues una suma de barreras que afectando al conjunto, se agudizan en estos casos: todo es más dificultoso, más lento, más cansado. Cualquier actividad requiere planificación, concentración, disposición, decisión y mucho tiempo, es tremendamente duro hacer cualquier actividad en un entorno hostil, no adaptado²³. Y, cualquier cambio de ubicación, horario ... supone, la pérdida del día y de la oportunidad. Así, el conocido problema de la aplicación de protocolos obsoletos se manifiesta con toda su crudeza cuando EDF4 decide que quiere ponerse un DIU:

“tengo que ir a mi ginecóloga, para que me autorice, y creo que es ella la que me lo tiene que implantar. Entonces, tengo que ir, mañana voy a pedir la cita. Que voy a ese centro de salud y ya la pido. Es que la tenía el martes pasado, pero me cogió con la regla, entonces claro no me podía, me tenía que ir a revisión, pero al cogerme con la regla, como no me podían hacer citología, digo ¿para qué voy a ir? (risas) Es absurdo” (EDF4:11).

1.2.3. Prescripciones poco variadas y poco actualizadas: los anticonceptivos recomendados

Entre los anticonceptivos recomendados encontramos poca variación: la píldora y el preservativo, asociadas a la pareja estable y a la relación esporádica. A eso se limitan las recomendaciones de los ginecólogos consultados por estas mujeres. Soluciones poco satisfactorias para ellas por el miedo a que el preservativo se rompa (y no verlo, en el caso de las visuales o, no poder recurrir a la PAU, caso de las renales) y por el rechazo de algunos hombres a su uso.

23.- “La discapacidad es una oportunidad para desarrollar el ingenio. Pero, mucha gente sucumbe en el intento porque requiere un esfuerzo constante. Las personas sin discapacidad lo tienen todo a mano, las personas con discapacidad no tienen nada. Toda pérdida potencia habilidades” (EDF7).

“B: el ginecólogo a mi, la pastilla. Actualmente no la tomo pero la vez que me lo recomendaron anticonceptivos fue la píldora, pero porque tenia pareja estable, claro!

D: a mi me dieron a elegir, me explicaron los anticonceptivos que había y yo elegí, y me dijeron que sí, que muy bien

Ent: ¿y la píldora también?

D: la píldora también, llevaba muchos años con mi pareja y era lo más cómodo

Ent: y ¿has consultado para cambiar?

D: si, todos los años voy y me ha dicho mi ginecóloga que es muy flojita y que puedo tomarla todos los años que quiera que no hay problema

F: en mi caso es muy complicado, porque es el preservativo, pero el preservativo todos sabemos se puede romper y la píldora postcoital es una bomba hormonal para nosotras

A: ¿y el anillo no os viene bien?

F: el anillo, a mi no me lo han aconsejado, bueno pero supongo que si ¿no? El anillo es como un preservativo...

C: no, pero suelta hormonas

F: si suelta hormonas nada! Nada que suelte hormonas, ni parches ni anillos ni nada, el preservativo porque no suelta nada y...luego, el problema es que no podemos tomar píldora postcoital, con lo cual estamos vendidas a que el preservativo no se rompa y en caso de pareja estable, pues plantean el DIU pero el DIU puede provocar hemorragias que en nuestro caso también está mal, entonces vivimos con un estrés bastante considerable en ese aspecto

B: y...y, por ejemplo, usáis, no sé que hay preservativos que tienen aparte espermicidas

F: si, pero eso si

B: que sí, que también hay riesgo, pero por lo menos, algo quitas también de riesgo en el caso de que se rompiera

F: si, claro pero también esta el tema de que existiendo la píldora, también muchos hombres, pues ... le gusta que la mujer tome la píldora (risas) hablando claro [...]

A: a mi me han recomendado cerrar las piernas! (risas) [...] O una aspirina (risas) una aspirina aquí cogida en las rodillas cinco días que no se caiga la aspirina (risas)” (GD8:30).

“ ... Y en el caso de la sensorial, pues prácticamente igual, hombre, yo por mi experiencia, prefiero los anticonceptivos, sino orales, cualquier método de barrera que sea diferente al preservativo, porque si falla no me entero, o me entero tarde. Que yo siempre compruebo que el preservativo no se haya roto, pero claro, siempre te queda la duda, la verdad es que siempre te queda la duda” (EDF4:8).

Por tipos de discapacidad, ni siquiera la sexóloga del curso al que asistió EDF4 sobre “Sexualidad y discapacidad”, dio alternativas. Comentó los anticonceptivos más recomendados en el caso de las mentales y la problemática de la erección que afecta a los discapacitados físicos, “por ser los que más problemas plantean”, nada más.

1.2.4 Las incompatibilidades de los anticonceptivos

Las mujeres con diferentes discapacidades se plantean dudas sobre la compatibilidad de los anticonceptivos con: por un lado, sus patologías y su medicación y, por otro lado, el apetito sexual. Respecto a la primera cuestión se habla del desconocimiento de los médicos sobre las posibles incompatibilidades entre los anticonceptivos, su sintomatología y su medicación. El debate gira entorno a quién es el profesional que domina / debe dominar esa información y la ausencia de difusión de los avances en este campo, a través de publicaciones específicas.

“D: yo creo que podía haber personal formado en los hospitales, sexólogos, sexólogas que te informen porque ... hay millones de dudas, no hay sitios donde acudir” (GD8:27).

“ A: los profesionales sanitarios que se formen y se informen!

B: que se forme a los sexólogos y que se sensibilice a los ginecólogos, porque realmente un ginecólogo no es un sexólogo, no deja de ser un medico y no tiene porqué saber absolutamente todo, de si esa pastilla es incompatible con tal pero que este mas sensibilizado y que no tenga tantos tabúes

E: por lo menos que digan vamos a estudiarlo ¿no?

B: que se estudie y...

F: las publicaciones que se ven son siempre publicaciones de tipo generalista, o sea, tipos de medios anti-conceptivos: tal, tal y tal y eso...puede dar lugar a que alguien que desconozca, porque a mi nunca me han informado directamente en la sanidad hasta que no lo he preguntado, pues puede dar lugar a que personas a las que no les venga bien tomar eso, lo tomen, entonces acceso a algún tipo de publicidad, que se tenga en cuenta la particularidad, vamos! Personas con tal y tal o incluso hacer publicaciones específicas!

G: de todas formas el ginecólogo siempre debería saber si tu puedes tomar o no la píldora ¿no?

F: claro, pero hasta que yo no he ido directamente a preguntar qué puedo tomar, qué no puedo tomar, a mi lo único que me han dicho: en vez de anticonceptivo, preservativo” (GD8:35).

- LOS EFECTOS DE LA MEDICACIÓN SOBRE EL DESEO SEXUAL

Además de las incompatibilidades de los anticonceptivos con la propia medicación a estas mujeres les preocupa que entre los efectos derivados de la ingesta de algunos medicamentos, esté la disminución del apetito sexual. En estos casos, o bien optan por dejar la medicación para disfrutar de la sexualidad o bien, si desconocen esa posibilidad, aumentan su preocupación y su angustia. Por todo ello, estas mujeres sugieren que se investigue más en este ámbito y que se invierta en difundir la información existente.

“B: que se investigue mas en el tema de [...], hay muchas pastillas, por ejemplo, antidepresivas y para discapacidades psíquicas, o sea pastillas para la esquizofrenia, o para la bipolaridad y tal que te quitan el apetito sexual y yo creo que se debería de investigar en eso, porque aunque tengas una discapacidad psíquica, volvemos a lo mismo! Tienes derecho a la parte sexual y a mantener relaciones sexuales y es que... conozco a gente que es apetito cero, cero, cero y muchos de ellos por ejemplo, por no dejar a su pareja, no toman lo que deberían de tomar y eso es un problema” (GD8:23).

“F: en el tema orgánico que se informe, que los pacientes estamos totalmente desinformados tanto de lo que nos está ocurriendo como de las soluciones posibles que hay, porque las hay! En el caso nuestro puede existir la posibilidad de que los nefrólogos cambien las pastillas, las modifiquen, eh...también en el caso de cuando se esta en diálisis y a los hombres no se les pone el pene erecto, hay otras soluciones y otras alternativas que con motivo de ello nos hemos estado informando y están los hombres ahí traumatizados, veinte años en diálisis y no saben que existen tales, que se ha generado información, ¿no? Yo creo que eso es muy importante, la información” (GD8:23).

1.2.5. El tiempo y el trato dispensados

Como apuntábamos en el Informe I, es frecuente, que las personas con discapacidad precisen más de 5 minutos para la consulta médica. Las dificultades de movilidad o de comunicación así lo indican. Para gestionar el tiempo de espera en las consultas es tristemente frecuente que se deje a estas personas para el final, no interfiriendo así en el tiempo de la mayoría. En vez de esta práctica discriminatoria podría hacerse una pregunta sobre las necesidades de adaptación a la hora de pedir cita, de este modo se podrían distribuir los tiempos de forma más realista y atender a cada usuario a su hora.

“C: cuando se pida cita, otra sugerencia que se me ocurre, hacer siempre la observación persona con discapacidad. De discapacidad sensorial, o física, o tal, entonces ya el médico sepa que esa persona... Ahora, por favor, que eso no signifique que la van a dejar para el final, porque es humillante... Eso es como este centro es accesible, pase usted por la puerta de atrás, por donde sacamos la basura...

E: Y, si tú pides una cita por teléfono, cómo preguntarías para reservar tiempo

C: ¿Necesita usted algún tipo de adaptación?, es hablar con normalidad. Primero, no hay que tener miedo

a las palabras [...], se pide por teléfono, y por Internet, necesita adaptación por discapacidad o bueno, consideremos que con el tiempo esa palabra se entienda..." (EDF6:14).

Al no estar normalizado el trato con estos grupos poblacionales, los prejuicios y los miedos impiden la comunicación y contribuyen a la adopción de un rol, por parte del personal sanitario, sobre-protector e infantilizante que indigna a las mujeres que acuden a la consulta:

"E: lo que sí he percibido yo que...no se naturaliza ni se habla ni te preguntan ¿no? De la discapacidad para que puedas normalizar, no sé de una forma natural ¿no? Que en qué te puede afectar...Eso si lo he notado yo, es como un tema tabú, no naturalizándolo [...]

A: si, porque aunque hay muchos que te miran pero no se atreven a decir...oye, dilo! [...] el tema del sexo, digo yo siento...distinto de cómo sentía antes del accidente, pero sigo sintiendo "ah bueno eso era lo que me refería". Si yo estoy en una consulta ginecológica o de sexología es porque no tengo ningún trauma ni nada por mi discapacidad, sino iría al psicólogo no iría al sexólogo ¿sabes? Entonces háblame de todo, diciendo las cosas como son" (GD8:4).

"D: yo fui al medico con mi pareja, al ginecólogo y solo lo miraba a él! No me miraba a mi para nada, y cuando...estoy en el potro me reconoce y le dice a él: ¡se ha portado estupendamente! Como si tuviera tres años o algo así (risas) no tengo tres años ...estaba súper indignada vamos!" (GD8).

"B: [...] el otro día fui al medico, y, por esperar mi padre fuera fue, como un choque: "¡qué independiente eres!" Pues sí, pues me entero de lo que tengo... (risas) Murmullos, ¡no necesito a nadie!" (GD8).

Para evitar actitudes y situaciones de discriminación, el personal sanitario necesita formación, orientación y obligación (protocolos que obliguen a la adaptación de los servicios y de la atención), apunta una de nuestras informantes clave.

"C: Formación, orientación, y obligación. Desde mi punto de vista, la obligación de, persona con discapacidad tal, tienes que darle esto en este medio. Que te llega una persona con discapacidad física, obligatoriamente, tu silla aquí regulable, y si hace falta una enfermera, llamarla con normalidad, sin hacer aspavientos, sin...uff, pues... espérate al final porque es que tengo... yo no te puedo atender ahora... espérate. O sea, este tipo de trato no se puede permitir. Para mí, ese tipo de comentarios, son agresiones, son violaciones de la dignidad de una mujer. Y lo siento, pero es que, así es. O sea, eso que llegues a una cola y te diga... espérate al final uff que fíjate lo que tengo aquí...Empiezan a quejarse como si tú no lo oyeras, porque además tú eres una cosa, es decir, lo de la cosificación. Entonces, como eres una cosa, delante tuya se permiten hacer comentarios... perdón que sea tan dura, es que estoy siendo muy dura... (risas)" (EDF6:12).

2. Barreras específicas para las personas con discapacidad física

“ Yo soy coja, inválida, cojonuda” y todo lo que me quieras llamar, me da igual” (EDF3).

2.1. La accesibilidad como derecho humano

Para este grupo de población, la principal barrera es arquitectónica. La accesibilidad es el gran caballo de batalla desde hace tiempo. Está ampliamente documentado que las personas con movilidad reducida encuentran infinidad de barreras físicas en su vida cotidiana²⁴: ni centros privados ni instituciones públicas, la norma es la no adaptación del espacio:

“una denuncia al Instituto Euroárabe, puse una denuncia a la Universidad porque nos citaron allí desde el IAM, al primer plan estratégico entre hombres y mujeres para la Igualdad y nos citaron allí a las asociaciones de mujeres, ya no sólo por las escaleras sino por el escalón de la entrada y las siguen haciendo allí y Nuestra Asociación no asiste” (EDF1).

Si nos centramos en el acceso a los servicios de salud, a las barreras de acceso a los edificios se le añaden las barreras de acceso a los dispositivos médicos (camillas, mamógrafos, potros, básculas ...). En suma, la sanidad no tiene medios para explorar a las mujeres con discapacidad física:

“no hay utensilios, no hay camillas hidráulicas, mamógrafos a la altura, sitio donde poner las piernas, no hay balanzas para pesar a las discapacitadas: estés embarazada o no, las discapacitadas no nos pesamos ... “ (EDF7).

A: yo, lo primero es que no puedo ir al ginecólogo! Por la silla de ruedas, no tengo un potro adaptado, no hay manera, y llevo diez años en silla de ruedas y no sé lo que es un ginecólogo! [...] igual que pasa en las mesas de rayos x, están tan altas que por mucho que tu te esfuerces o tienes un muelle en el culo o te suben con una grúa que tampoco las hay o sea que...

C: bueno ¿pero los médicos no pueden ayudarte? los médicos, los enfermeros, o...

A: no, porque si me caigo, ¿quien tiene la responsabilidad?

D: ¡independencia! yo creo, que no sería necesario que te ayudasen si fuese accesible para todas las personas!

C: bueno, claro lo ideal es que pudiera uno [...]

A: pero que ya no es el potro, es para una mamografía!...porque para subir al potro, en un momento dado, como tu dices te cogen ¿no?, pero una mamografía, ¿qué hago? ¿me la quito? ¿me hago la mamografía en la cara?, porque es que no llega, es imposible” (GD8:1-2).

La accesibilidad es un derecho humano y como tal debería estar garantizado, no puede depender de la voluntad de nadie. La solución no tiene porque ser costosa económicamente, el problema es, muchas veces, la falta de concienciación: con una silla regulable, se facilitarían el acceso al mamógrafo ; con unas trabillas se pueden sujetar las piernas de quien lo precise... EDF6 lo expresa así:

E: ¿El Sistema Sanitario, cómo crees que trata el tema de la sexualidad con la gente que tiene discapacidad?

C: No lo trata, no lo trata... (risas). Así directamente, mira... la noticia que salió el otro día, ahí tienes la respuesta: se inaugura en el Zaidín una consulta de ginecología accesible. Es que es alucinante [...] Una mujer en silla de ruedas, para hacerse una mamografía es todo un número, la tienen que coger en vilo. ¿Tú te imaginas? ¿Cómo te sentirías tú si te tuvieran que coger en vilo para hacerte una mamografía?

E: Además que ...

24.- “el tema de los autobuses, no hay día que no te digan ... El otro día tuve que ir a la facultad para la presentación de un libro y era a las 12 de la mañana y un buen señor de la línea 8 me dijo que no me bajaba la rampa, era desplegable, no era mecánica. Dos autobuses más la tenían averiada, que venían detrás, y eran la 1 de la tarde y seguía en el mismo sitio y no pude ir a la charla. Entonces, te vienes indignada, pones tu denuncia pero no hacen nada” (EDF1:2).

C: No, es que claro, a nadie se le ha ocurrido poner un sillón que se suba y se baje. Es que es simple, ¿me entiendes? fijate hasta qué punto no lo tratan. Entonces, mi reivindicación, es que esto no dependa de la voluntariedad de determinados médicos ni del político de turno, y ni siquiera de los técnicos. Hay médicos muy buena gente que te ayudan, que te llaman a la enfermera, y otros que te montan todo un cristo. Pero sencillamente, yo creo que no hay esa conciencia de Derechos Humanos. Es decir, si yo te puedo transmitir algo es que esto es un derecho subjetivo, y que es un derecho humano, y que no podemos depender de la voluntariedad de nadie.

E: Ya.

C: Y además, no es mi opinión, es que es la opinión pues de aquellos documentos de rango legal que sí, que son muy bonitos, son preciosos pero es que hasta ahora a nadie se le ha ocurrido decir: hasta aquí. Que yo no puedo hacerme una mamografía, y me quedo callada y digo pobrecita de mí [...] Esto tiene que ser obligatorio. Es que una mujer parapléjica no tiene todavía en los centros de ginecología trabillas para sujetarles las piernas. Entonces, imagínate qué desagradable que tengas que ir con tres personas que te sujeten..." (EDF6:9).

Los avances sanitarios, se difunden mucho pero no son suficientes. Son varias las participantes con discapacidad física que tienen información sobre el nuevo centro de atención especializada del Zaidín (Granada) y, alguna conoce también los planes del SAS de adaptar la red hospitalaria pública:

"A: entonces ahora este año, han adaptado un área, un no sé como se llama para mujeres con discapacidad, tiene potros adaptados, bueno, quieren adaptar treinta y cuatro me parece que es, hospitales en este año en Andalucía, pero claro, si yo ahora me lo quiero hacer, ¿me voy a Granada?" (GD8:18).

"[...] ahora hemos asistido a unas charlas ginecológicas al Hospital de San Cecilio que nos han contado que han puesto uno accesible en el ambulatorio de especialidades del Zaidín pero al cabo de cuánto tiempo y uno y no en los hospitales" (EDF1:2).

2.2. La desincentivación como estrategia sanitaria

De momento para las pocas mujeres con discapacidad física que deciden arriesgarse a ir a la consulta de ginecología, parece que la recomendación sigue siendo : "no venga usted tanto".

"Los ginecólogos nos recomiendan que no vayamos tanto a la consulta. Cuando la menopausia, tuve hemorragias porque tenía dos miomas y me decían que no hacía falta que fuera tanto. Porque se montan unas películas, se imaginan que tienen que ayudarte muchísimo y no. Yo voy con mi silla, me tiro en la camilla y ellos sólo tienen que subirme las piernas, no me tienen que ayudar tantísimo. "No hay necesidad de que venga usted tanto". Todo son trabas" (EDF7).

"pues no voy mucho... no... es médico, pero no voy mucho porque cuando estoy mala pues mando a lo mejor, a mi madre o mi hermana, que me diga lo que... cuando yo estoy mala... pero que no voy yo al médico ¿sabes?" (EDF3:5).

"pues, que llegues a la consulta del ginecólogo y, con 3 meses que no me llegaba la regla y no había tenido relaciones ni nada, me dice el hombre, es que sois muy aprensivas las mujeres y os lo tomáis todo a la tremenda, anda vete a tu casa y ya veras como en un par de días te baja y no hay problema. O sea, ni me hizo ningún historial ni me pidió ninguna analítica ni nada. Es verdad que te dicen, como eres persona con discapacidad para que quieras estar pendiente de tus intimidades de abajo, como digo yo. Y a mis 33 años no he ido más al ginecólogo [...] Da, no pena, da coraje, porque seas persona con discapacidad ya bastante son las metas que te pones cada día para que venga uno a aguarle la existencia" (EDF1:2).

El personal sanitario, sin formación ni medios instrumentales, se agobia ante las personas con discapacidad y toma medidas defensivas para sí pero sumamente ofensivas para las usuarias:

“Algunos se plantean, y lo hacen, anestesiar para explorar a las mujeres que tienen espasmos, les da pánico. Prefieren que no vayamos. Aún con todo: tenemos sexo” (EDF7).

2.3. La sensibilidad y el placer: “se piensa que no tenemos sensibilidad orgásmica pero sí la tenemos”.

La polio, por ejemplo, dificulta el movimiento pero no hay un corte de la médula, pasa la corriente nerviosa y aumenta la sensibilidad. Estas personas poseen una sensibilidad mayor tanto para el dolor como para el placer pero esto no se sabe. A nadie le interesa que se sepa, sostiene EDF7. Para esta informante, las únicas personas que tienen problemas para el acto sexual son los tetraplégicos / parapléjicos pero se les da mucha propaganda y se habla sólo de ellos y son el 5% de las personas con discapacidad física. Cuando, entre la población general, los problemas de disfunción eréctil afectan a porcentajes mucho mayores.

Razón por la cual, al consultar a nuestros informantes sobre acciones específicas dirigidas a mujeres con discapacidad motora, nos remiten una y otra vez, a los lesionados medulares:

“sí... sobretodo para las que son con lesión medular. No es mi caso... pero no sé si es en traumatología, hay como una sección de ginecología especial, de inseminación artificial por si tiene algún tipo de problema... se hace un seguimiento para poder quedarse embarazada ...

E: en cuanto a anticonceptivos ¿se da una información específica?

MD: no, no [...] no creo yo que sea muy diferente a la que se haga, no voy porque no tengo tiempo, en asociaciones de mujeres con discapacidad que sí hacen a lo mejor seminarios, talleres, para hablar de sexualidad y tal, pero no creo que sea distinto a como se hace para el resto de la población. A lo mejor es algo más...para los de lesión medular, eso ya sí...” (EDF3).

2.4. Los espacios y las posturas

Una barrera que afecta de manera especial a este colectivo es el espacio donde hablar y conocerse, donde relacionarse. En las residencias no se permite ni tener intimidad, se ejerce la violencia en ese sentido (EDF7). Además de espacios apropiados, las personas con discapacidad física, precisan información relativa a las posturas que pueden adoptar de forma segura y, más o menos, autónoma (aspecto este muy requerido también por la población general durante el proceso de envejecimiento) :

“pero sí tuve más problemas al principio, a la hora de practicar el coito ¿por qué? Porque yo tengo la discapacidad motórica, entonces, hay determinadas posturas, que no las puedo hacer, es que simplemente, cojo una bolsa de la compra, cojo peso durante diez minutos y cuando suelto la bolsa, la mano me tiembla. Pues con eso me pasa con todo...” (EDF4:4).

“la postura que más utilizaba con X era la del misionero, pero siempre era él el que estaba encima ¿por qué? porque mis movimientos están mucho más limitados. Y además, a él no es que se le diera especialmente bien, fue uno de los motivos por lo que lo dejé” (EDF4:5).

2.5 Recomendaciones médicas no adaptadas

Para la mayoría de las mujeres con DF física consultadas, las recomendaciones son las de siempre: el preservativo y la píldora (cuando no la abstinencia o la esterilización). Desde las asociaciones se denuncia que “el personal del entorno socio-sanitario en complicidad con la familia, no quieren que tengamos sexo. Proponen directamente, no insinúan, proponen la esterilización” (EDF7).

“Lo más fácil para ellos es cortar: más higiénico y tendrás que ir menos al ginecólogo” (EDF7).

“Yo con el tema este (tener novio a los 33 años) que mis padres no saben nada y si un día me plantean en

mi casa la esterilización, ¿yo qué haría?, de primeras, no. Como a los perros para que no vengan más camadas. Yo creo que es muy cruel. Yo no soy partidaria. Otra vez son los padres que escuchan, les calientan la cabeza y piensan lo que piensan los de fuera” (EDF1:4)”.

Aunque, los problemas circulatorios son frecuentes en este colectivo, esta circunstancia no siempre se tiene en cuenta a la hora de prescribir anticonceptivos. En ocasiones, hasta que no se presenta el problema (trombosis en una pierna), no se prescribe el DIU para sustituir a la píldora (caso de EDF4). Es decir, en este colectivo, la adecuación de los diferentes anticonceptivos a su situación física y su medicación (compatibilidad) es otra de las principales barreras. Por ello, desde las asociaciones proponen que se investigue, se realicen publicaciones especializadas y se cree la figura del asesor sexual.

3. Barreras de acceso para las personas con discapacidad visual

Acceso a la información, a la interacción (ligar) y a la maternidad. Estas son las problemáticas puestas de manifiesto por este colectivo que lucha más por el derecho a la maternidad que al aborto, al que son/ han sido inducidas durante largo tiempo. Si nos centramos en cuáles son las barreras de acceso a los anticonceptivos, encontramos que son las dificultades para la comunicación y el acceso a la información porque, con demasiada frecuencia, dependen de terceras personas que les expliquen.

3.1. La barrera de la comunicación

El gran problema para las mujeres con discapacidades sensoriales (visuales y auditivas) es el acceso a la información. Esa dificultad contribuye a que el nivel educativo del colectivo sea bajo (como vimos en el Informe 1, el 75% de las personas con discapacidad tienen estudios primarios o inferiores, actualmente, en España). Es decir, un amplio porcentaje de la población tiene dificultades de lecto-escritura. La situación va mejorando lentamente para las cohortes más jóvenes pero el problema persiste. Esta realidad hace que tengamos que pensar en mecanismos de acceso a la información innovadores. No es suficiente ni eficiente redactar la información en Braille para las visuales y por escrito para las auditivas.

De hecho, son muy pocas las personas con discapacidad visual que leen braille y la edición de nuevas obras en este formato está decayendo a favor de los libros en audio (más rápidos, económicos y menos voluminosos). Este medio sirve como estrategia de concienciación pero no garantiza el acceso a la información. Para esta población la edición de un CD de audio parece la mejor opción²⁵. CD que se entregaría en los centros de salud, ocuparía el lugar que ocupan los folletos escritos para la población general, y contendría la misma información. Esta es la propuesta que nos hace EDF6 fundamentada en la necesidad de que este tipo de información sea personal, directa y autogestionada. No puede ser que las adolescentes con baja o nula visión dependan de terceros para enterarse de cuestiones que afectan a su intimidad. El objetivo es lograr que esa información esté disponible para cuando ellas la precisen, promover su autonomía y aumentar su capacidad de decisión:

“C: Pues lo que habitualmente se de en los centros de planificación familiar, siempre que se habla de métodos anticonceptivos: un capítulo de métodos anticonceptivos orales... Tú siempre piensa en clave de inclusión.

E: Simplemente facilitar que les llegue la información que hay para todo el mundo.

C: Exacto. No hacer nada especial. Si esto es más sencillo de lo que parece, si es que la gente no entiende que la barrera está en la mente de la gente. Es tan sencillo como coger toda la información que tienen allí y hacerla accesible a una persona con baja visión. Siempre hablando en baja visión, porque las chicas de 13, 15, 17 años, que quieren esta información, no van a depender de una tercera persona, muchas veces, no pueden. Y no solamente no pueden, no quieren. Puedes buscar un hermano, una hermana, pero... no es igual. Yo creo que esta información debería ser siempre personal y directa, y autogestionada. Yo siempre en las políticas sociales de mujeres con discapacidad hablo de autogestión. Incluida la Ley de la Dependencia [...]. Ya está bien esa sobreprotección social e institucional, de decidir por la persona con discapacidad” (EDF6:5).

25.- “C- Pues, el problema es que depende de una tercera persona que explique... porque claro, tú coges, llegas a una farmacia, abres el prospecto, lo lees, o vas a un centro de salud. Yo aquí, lo que te propongo, es que en los centros de salud haya un CD, porque claro... la gente siempre con el Braille. Braille... no, perdona, el braille lo utilizamos el 32% de las personas ciegas y... hay muchas personas, que sin ser ciegos del todo, tienen dificultades para leer, que son la mayoría. Son el 80% de los llamados legalmente ciegos, que son los que tienen un décimo de la escala de Wecker, o una reducción del campo visual de un 90%. Bueno pues de esa definición legal de ceguera, solamente el 20% son digamos, ciegos graves. Y de ese 20%, sólo el 32% utiliza el Braille. Entonces, en mi opinión modestísima, hombre, puedes hacer si quieres uno en Braille por aquello de la concienciación, pero... lo práctico sería que en los centros de salud haya un CD grabado, pues con las explicaciones de los anticonceptivos...

E: Las explicaciones en audio.

C: En audio, efectivamente, sí, sí” (EDF6:5).

Los grupos de chicas confirman la necesidad de información y la decadencia del formato braille aunque lo reivindican para los folletos y demás ediciones breves :

“N- Yo, en un CD pues sí, una persona es un lector, es que en Madrid hay una biblioteca y los libros los graban personas pues contratadas para eso, y tanto los libros de estudio y los libros de ocio, pues están grabados.

E- Y te haces con los libros en CD.

N- Sí. O, también se pueden bajar desde Internet, hay muchas facilidades, ahora sí.

L- también cada vez es cierto que transcriben menos. Antes te pasas un libro a CD que a braille

N- Es más rápido.

L- Es más rápido. También eso, los recursos, el tiempo que tardan... en fin” (GD9:16).

“I- Por ejemplo, hay un congreso de no sé qué, eso, yo creo que sí estaría bien que estuviera en formato braille. Cuando son cosas así pequeñas, lo que es para difundir... Los folletos, yo creo que sí estaría bien.

L- Como para las elecciones, para votar, informar también en braille, yo creo que sí estaría bien.

- Ya cuando sean cosas de más información entonces...

L- Ahí sí el audio” (GD9:16).

En formato audio y en braille o sólo en audio, lo que está claro es que precisan información detallada sobre salud sexual y reproductiva.

3.2. Las fuentes de información manejadas

Las amigas, la radio e Internet son los principales medios utilizados por este colectivo para informarse. Como barreras destacan el tabú familiar y la falta de confianza con los médicos de Atención Primaria. El tabú familiar contribuye a la ausencia de conversaciones con los progenitores y, las dudas sobre la confidencialidad que ofrecen los médicos de Atención Primaria, a que no se consulte con ellos.

Las amigas sí; la familia, sólo a veces

“N- En mi caso siempre ha sido a través de las amigas, la verdad. Bueno, también fui a una especie de campamento donde nos enseñaron varios métodos anticonceptivos [...] Pues, lo que es el preservativo convencional, el preservativo de las mujeres, el DIU... ya ves, tendría yo dieciséis años.... Era una especie de actividades para jóvenes de la provincia de Almería. Y entonces cada año, en verano, hacían un campamento y talleres, y entre ellos estaba el taller este de métodos anticonceptivos.

E- ¿Y qué? ¿te gustó?

N- Sí, interesante. Me pareció interesante, aunque tampoco tenía mucha idea. Pero serían necesarios muchos más talleres de esos.

I- Sí, e información.

L- Sí, sí, sí.

N- No estamos tan bien informadas. Con mis padres yo nunca he hablado [...] en la adolescencia, que va, era un tema tabú. Y eso que mis padres son jóvenes pero no les ha gustado tocar el tema.

I- Es que no se sienten cómodos hablando de eso. Mi madre, a veces, si toca un tema de esos, es que no puede continuar porque no se siente cómoda. En las películas esas que salen escenas y no sé qué... si estamos delante, ella no se siente a gusto.

N- Lo que mi madre, mi madre la cambia. [...]

L- Yo, no, yo digo ¡Mamá por Dios, que no pasa nada!” (GD9:4).

“N- Yo creo que falta muchísimo. Aunque ahora hay mucha información, ahora hay más información que antes, la gente sigue todavía... no...

I- Se sigue tratando en las familias como un tema tabú, es muy difícil hablarlo en las familias, yo también tengo amigas más jóvenes, y yo me pongo a preguntar a ver si es que mi familia es rara, que no, que no,...

que a ellas también les pasa igual, y había una amiga así también que le pregunto: ¿oye, tú dónde te has informado? Porque sabes mucho. Y más o menos es igual...al que le gusta el tema se informará, en Internet, por la radio, por otras amigas, y la radio también hace mucho ¿eh?” (GD9:13).

La familia no es una fuente de información que esté muy generalizada pero, en ocasiones, entre estas poblaciones también funciona el tandém madre-médico:

“Desde siempre. Yo no sé si es porque mis hermanas se llevan seis años conmigo, pero a mi siempre se me ha hablado claramente y sin tapujos. De hecho, yo un día volví de clase, y mi madre me dice: oye, que en tu mesita de noche hay preservativos, que tú estas manteniendo relaciones. Y fue ella la que me llevó a la ginecóloga y me dice quiero que tomes las pastillas porque es más seguro. O sea, yo he recibido educación sexual en casa, desde muy pequeñita. No se hablaba de sexo como algo planeado, sino que es algo que siempre ha surgido, porque mi madre es una persona muy abierta, y prefiere que la información la de ella ¿no? Entonces, ha sido una mujer muy previsora, siempre nos ha dicho: si algún problema, si crees que te has quedado embarazada dímelo porque yo misma te puedo ayudar, te puedo llevar a un centro de planificación. Sí me ha dicho que use siempre métodos anticonceptivos, que tenga cuidado, lo típico ¿no? Yo recuerdo nueve o diez años tendría, cuando empecé a escuchar hablar de métodos anticonceptivos. Después descubrí lo que es ¿no? En realidad, siempre se me ha hablado claro y pronto” (EDF4:6).

La radio, la gran aliada de las personas con baja visión : “¿En tú casa o en la mía?”

Los programas de consultas radiofónicas son atractivos, útiles y, especialmente, cómodos para las personas con discapacidad visual:

“N- No sé, yo he leído cosas. La verdad es que mi información es más bien de leer y de escuchar programas de estos que antes hacían en la radio y demás.

E-¿Qué programas?

N- Ya ves tú... El programa este de los cuarenta, ese de “En tu casa o en la mía”, ese a mí me enseñó muchas cosas. De verdad, yo me enteré de muchas cosas que yo no sabía y luego leyendo te vas informando de más cosas. Yo así es como he aprendido” (GD9.4).

“N- Sí. Los programas estos que te hablan de sexualidad, que llama la gente para consultar dudas, la verdad es que sí que se aprende también [...]

N- A mí no me gusta porque es muy ordinario, las tías que salen parecen prostitutas, yo que sé

L- Me gustaría escuchar algún programa, precisamente, pero más en plan serio, hablando cada día de un tema...

N- Como el programa de los rombos que salía en la tele, con la Lorena esta que salía tanto en la tele, como eso, a mi ese programa, muchas cosas, vamos, que aprendí muchas cosas ahí. Porque claro, llamaban, preguntaban dudas, pues a lo mejor son cosas que no sabes” (GD9:13).

Los cursos y talleres de sexualidad

EDF4 acaba de realizar un curso sobre sexualidad y discapacidad, ofertado por el SACU (Servicio de Asistencia a la Comunidad Universitaria), de la Universidad de Sevilla. La sexóloga del curso aclaró muchos mitos, facilitó la comunicación abierta y es muy bien valorada por nuestra informante:

“los sexólogos dicen: vamos en plan bomberos, vamos cuando tienen 14 o 15 años, y ya creemos que pueden estar ... y no, hay que atajarlo desde que el niño es bebé, porque el niño es un sexuado desde que nace. Entonces, no tiene churrita [...]” (E4:7).

“ le comenté además la situación en la que yo estaba ahora y cuál me recomendaba ella, y me dijo también lo del DIU. Estuvimos viendo todos los métodos anticonceptivos que había, y cuáles eran las ventajas y los

inconvenientes de cada uno de ellos, aunque eso estás harto de escucharlo, porque, de métodos anticonceptivos es de lo que más se nos habla en sexualidad. Yo creo, que de lo que más no, es casi de lo único de lo que se nos habla. Cuando son las charlitas estas de dos horas, se llega allí, te ves a la sexóloga con un maletón impresionante, te trae todos los artilugios del mundo, te los enseña y tal, y ya después tú, a lo mejor indagas y buscas por Internet ¿no? Pero sí los llevó ella y, estuvo explicando cómo funcionaban, cuáles son las ventajas, los inconvenientes, y qué diferencia había entre uno y otro, en qué situaciones se recomendaban más uno y otro, o en discapacidad y tal” (EDF4:8).

Internet y libros en CD, sí; braille, se está perdiendo

Las participantes del GD9 confirman la importancia del audio y la decadencia del Braille que anunciaba nuestra informante clave y comentábamos antes:

I- Se está perdiendo, porque el braille es cierto que ocupa mucho espacio, y lógicamente pues prefieres, ahora con los avances, que puedes leer con el ordenador y con los distintos aparatos que hay adaptados, pues la ... O los libros grabados, porque ocupa mucho menos espacio y es más cómodo. También hay gente que se afilia ya de mayor y a lo mejor aprender braille es muy complicado.

N- Ese es mi caso. Que sí, yo sé leerlo, pero no tengo velocidad como para estudiar, me desespero, entonces siempre uso archivos de Word, todo por oído [...]

L- Y después también que ocupa porque son gigantescos y tienen mucho volumen” (GD9:16).

La accesibilidad de Internet

La ONCE da la oportunidad de adaptar el equipo informático de sus afiliados a las necesidades de cada uno. Antes hasta regalaban los ordenadores, ahora con la crisis no los regalan pero sí los adaptan. Cuando se tiene el ordenador adaptado, la lucha se centra en lograr que el máximo de páginas web sean accesibles, de modo que el revisor las pueda leer.

I- Al revisor de pantalla hay cosas que no llegan, depende la página, eso se está luchando mucho ahora, porque las páginas sean accesibles para nosotros, los ciegos.

L- Que no contengan muchos flashes.

I- Cada vez hay más páginas accesibles. Pero vamos...

E- ¿El que sea accesible es que no tengan flashes, que no tengan muchas imágenes?

N- Claro.

I- Sí, que sea un formato que el revisor de pantalla pueda pasar por encima y pueda leerlo y lo interprete, porque a lo mejor encuentra una cosa y no sabe interpretarla, entonces no te lo va a leer. O te lee una frase y ahí sabes que hay muchas cosas más y no llega realmente a lo que necesitas ¿no?” (GD9:17).

“[...en Internet] sí de métodos anticonceptivos, sí de cuáles eran ventajas e inconvenientes de los métodos, sí qué probabilidades había de que fallaran. Por ejemplo, de la píldora, una cosa típica que yo creo que a más de una que ha tomado la pastilla se lo ha preguntado es, ¿después de terminarme la pastilla, cuándo me tiene que venir la regla exactamente? O sea, cosas de ese tipo ¿no? Pero, educación sexual y discapacidad, poquito” (EDF4:10).

“Cuando realmente te interesa saber algo, lo más rápido y lo más seguro, es Internet” (EDF4:11).

Garantizar el acceso a Internet es un aspecto fundamental, en lo que está haciendo su tesis doctoral una de nuestras informantes: EDF3.

Los servicios de salud, no.

No se piensa en el médico como informante cuando se está sano. Sólo en caso de dificultades y con precauciones por su discreción, sensibilidad, ... recurrirían al ginecólogo-a o médico de familia.

“E- ¿Y al médico no se os ocurriría ir?

N- Nunca lo he pensado.

L- Yo tampoco.

N- ¿pero a preguntar ahí...?

I- Sí, yo sí he ido a la ginecóloga sí...

L- Bueno a la ginecóloga y al médico de cabecera, si hiciera falta, yo sí, vamos, yo no tendría ningún problema

N- Yo en mi caso no. Porque pienso que luego, el médico de cabecera no respetaría mucho su secreto profesional. De hecho yo tengo una amiga que es médico y sé un poquito de lo qué va la cosa y no... nunca iría al médico de cabecera.

I- Hombre yo iría a plantearle una duda de estas de temas de enfermedad o de temas de anticonceptivos, o de esto, lógicamente quien mejor te puede aconsejar es un médico.

N- Sí, lo que pasa es que como luego conoce a toda tu familia, y quien te dice a ti que no vaya a ir a decirles algo [...] De hecho, una amiga mía tuvo un tropiezo con un médico de cabecera, precisamente, para pedirle que le diera la píldora del día después y...Yo fui la primera que le aconsejé, porque la información que tengo es de la radio y decían que cuando no es algo así de urgencia, lo de la píldora, que en vez de colapsar las urgencias que nos vayamos al médico de cabecera, y fui yo la que le dio el consejo. Bueno y cuando me vino llorando y diciendo: tía, mira la que me han formado, yo me quedé un poco así...”(GD9:5-6).

“A: yo por quien sí he recibido información es por la ginecóloga. Me dijo en su día, esto es lo que hay, yo te recomiendo este. Pero siempre por parte de ginecología, nunca por cualquier otro profesional.

E: Y en este sentido, ¿te gustaría que fuese de otra manera?

A: Hombre, claro, tú no puedes recibir una atención a nivel sexual cuando ya vas a un centro médico porque crees que te has podido quedar embarazada, y quieres la pastilla del día después. Eso es dar una información, dar un servicio, y sí lo estas dando, pero es tardío. Porque ¿qué necesidad tienes tú de llegar a eso? si a lo mejor tienes una buena educación sexual previa. Entonces, los sanitarios, como los especialistas en educación, como psicólogos, como sexólogos, como ese gran abanico que hay, pues yo creo que se deberían organizar más intervenciones y con todas las edades ¿no? Y yo que sé, de charlas, de sesiones, de acercarse un poco pues a las diferentes poblaciones que hay, lo mismo de la discapacidad” (EDF4:8).

3.3. Las opciones anticonceptivas adoptadas

Los métodos anticonceptivos utilizados por este colectivo no muestran diferencias con la población general. La marcha atrás, los preservativos, la píldora y la píldora anticonceptiva de urgencia (PAU). La dinámica con la marcha atrás no es nueva: se usa para probar, para sentir más ... pensando que no pasa nada. Después, a la mañana siguiente, se presentan las dudas y se recurre a la PAU. Aunque en este colectivo encontramos también argumentos y lógicas contrarias a esta práctica : se plantea la disyuntiva de qué corta más el rollo ¿el preservativo o la marcha atrás?.

3.3.1. La marcha atrás

Nuevamente se pone de manifiesto el recurso a la marcha atrás, ahora bien, de forma más esporádica y seguida de la píldora del día después:

“L- Fue esto de, venga, no pasa nada. No pasa nada, hasta que te pasa claro. Lo mío fue lo típico que vas diciendo marcha atrás y luego, es que se ha roto... pero, fue la marcha atrás, que al día siguiente te pones a pensar y dices: qué mal, ¿voy a estar con tanto miedo? ... Fue al día siguiente, yo no me tomo las cosas así, yo soy tranquila pero... te pones a pensar y me acojoné un poco y dije... nada me voy.

N- Bueno, como tienes los tres días esos, tampoco tienes que salir corriendo...

I- Yo que sé, yo siempre he pensado que si me pasara a mí alguna vez yo creo que tampoco hay que salir corriendo, lógicamente haciendo las cosas bien...

L- Son tres días pero te pones a pensar, si dentro de las 48 horas primeras es cuando más...

N- Yo que sé, es que como yo ya abrí los ojos..." (GD9:8).

Incluso se exponen argumentos contrarios al recurso a la marcha atrás, se atribuyen problemas de erección al recurso continuado a dicha practica :

"Uff, no. Yo no lo veo, primero, no es un método anticonceptivo. Segundo, es bastante incómodo, creo, para el hombre y para la mujer, porque eso sí que corta el rollo, ¿cómo te va a cortar más el rollo un preservativo que la marcha atrás? Y segundo que provoca, a la larga, si lo has utilizado mucho, problemas de erección. Entonces, como decía la sexóloga, es una joyita, dentro de todos yo creo que es uno de los peores.

E: ¿Pero eso se usa en general?

A: Se usa mucho. Mucho, pero porque la gente no se para. Vamos a ver, ¿no es más fácil ponerte un preservativo y ya disfrutar de la relación sexual plenamente? Que si paras, que si no se qué... Yo creo que es más rollo la marcha atrás, que el usar un preservativo en un momento dado. Vamos, yo la marcha atrás no la he usado, pero, no estoy de acuerdo" (EDF4:17).

3.3.2. El preservativo

El uso del preservativo está asociado a las relaciones esporádicas pero presenta un inconveniente concreto para las invidentes: la difícil comprobación de una posible rotura. Ventajas: protege de las ETS y no tiene efectos secundarios y, por tanto, no interfiere con otras alteraciones y/o medicamentos. Es lo que hemos denominado la postura 'antimedicalización' fundamentada en el miedo a los posibles efectos de los medicamentos sobre la discapacidad ; sobre la salud.

"I- Por el liquidillo. Tú sabes si, si sale...

N- Si está soltando el condón líquido es porque hay algo roto. Y con eso lo comprobamos.

E- ¿Lo soléis comprobar?

L- Sí, yo sí, siempre. A mí no me gusta tocar el condón usado, pero soy paranoica de eso.

I- Yo también..." (GD9:9).

"Lo bueno que tiene el preservativo, entorno a las ETS y demás. Lo malo que tiene, pues que hay quien dice pues que corta el rollo, que si tal que si cual, pero vamos, yo ahora mismo, la última vez que estuve con X, estuve utilizando el preservativo, lo que pasa es que estoy estudiando seriamente las posibilidades de utilizar un DIU porque visualmente, si se rompe un preservativo, es difícil que lo veas. Y muchas veces te das cuenta tarde" (EDF4:4).

" [...] que sea diferente al preservativo, porque si falla no me entero, o me entero tarde. Que yo siempre compruebo que el preservativo no se haya roto, pero claro, siempre te queda la duda, la verdad es que siempre te queda la duda" (EDF4:8).

"I- Yo, el preservativo. Porque lo que es la píldora tampoco la uso porque me da miedo. Bueno, me da miedo, por el tema de... mi vista en plan degeneración y tal, pues yo no soy de las de tomar pastillas. Pero principalmente porque yo pienso que cualquier cosa pues me puede afectar al tema de la vista. O subirme la tensión ocular o lo que sea. He preguntado a médicos así del tema de la píldora y me han dicho que eso no... pero yo no sé lo que quiero. Si es cuando tengo dolor de cabeza o dolor de regla y tal, y no me tomo nada tampoco" (GD9:9).

3.3.3 ¿Por qué no se usa el preservativo?: la gestión del calentón

En este colectivo, como en todos los demás, el preservativo ‘corta el rollo’, disminuye el placer ... y, en ocasiones, ‘haces una locura’ y prescindes de su uso. Pero esas ocasiones parecen ser menos frecuentes entre las mujeres con discapacidad visual y estudios universitarios que en los demás grupos sociales analizados.

“N- Es que también, en un momento de estos que te da así como se dice, el calentón, es muy difícil decir, venga ahora... no sé, como que te corta el rollo. Yo lo hablo por mi experiencia, que si te da así en un momento, que estás súper bien, que lo estas disfrutando tanto que no, que sí que...

I- Que te apetece y no miras las consecuencias.

N- Exacto. Haces una locura por una vez, pero una vez no significa que vayas a estar... pero que sí, yo creo que para eso la píldora del día después es una locura, pero bueno, no pasa nada por una vez,...

L- Yo no, soy muy racional. Siempre, siempre lo pienso, es que me da tanto pánico que pueda pasar, que yo el momento de locura me lo corto, que no puede ser, soy muy racional, siempre.

N- Yo a mí según.

I- Yo no lo sé.

L- Yo es que me pongo a pensar... Es que soy muy racional, digo, puede ser que a lo mejor disfrute más sin ser tan racional, pero no puedo evitarlo, yo siempre miro las consecuencias.

E- ¿Siempre, siempre?

L- Siempre” (GD9:24).

“L- Pues porque es más cómodo ¿no? No usarlo, no sé... o porque depende, mucha gente es por la comodidad yo creo [...].

N- No se usa el preservativo por placer. Porque te da más placer.

L- Sí, sí, sí. Quita mucho placer” (GD9:9).

Vemos cómo son las mismas pautas de uso del preservativo y la píldora para todas las poblaciones analizadas. El primero asociado a las relaciones esporádicas y la píldora a la relación de pareja estable. Las mismas dificultades para la ingesta regular y sistemática de la píldora : retrasos, olvidos ... y, las mismas resistencias de los chicos al uso del preservativo.

“I- Yo ahora mismo... (Risas). Yo el preservativo y ya está.

N- Yo uso el preservativo y he utilizado la píldora también, yo no tengo efectos secundarios... nada. Yo con la píldora siempre me he sentido más segura. Es que es como, no sé, no hay ningún problema y... si te la tomas convenientemente, no...

E- ¿Y no tenías problema tampoco de que se te olvidara algún día...?

N- Hombre eso sí, tenía que tener mi alarma. Alguna vez me he acordado yo que sé cuantas horas después, pero muy pocas veces. Siempre, es una cosa que sabes que te la tienes que tomar, y cuando llega más o menos la hora te acuerdas. Alguna vez se te puede olvidar, porque tenemos muchas cosas en la cabeza y... pero como tienes un margen de doce horas, pues dentro de ese margen te vas a acordar” (GD9:8).

“I- Yo creo que utilizaría las pastillas esas cuando tuviera una pareja estable y cercana.

L- Hombre claro, es que eso...

I- Si es a distancia, como lo he tenido hasta ahora, pues...

N- Es que la píldora es para tener una pareja estable.

L- Claro.

N- No es para... para estar de fiestas espontáneas... no, no, no” (GD9:9).

“ahora que he tenido que dejar la píldora, sí que he visto en X cierto reparo. No se ha negado nunca jamás, pero sí que le ha costado el volverse a hacer con el preservativo. El volver a usarlo, porque para él era mucho más cómodo usar la píldora, claro, no tiene que hacer nada, yo me la tomo todos los días y punto ¿sabes? Sí que es verdad que siempre se ha involucrado ¿te la has tomado, tal?. [...] cuando hemos empezado a usar el preservativo, sí que ha tenido algún problema de erección, o simplemente que se le

baja la erección antes de tiempo, tal, y él lo asocia al uso del preservativo. Y yo creo que da igual el preservativo, simplemente que él le ha podido coger tal fobia, que muchas veces es la presión que yo creo que tiene sobretodo los hombres a la hora de mantener la relación, esa presión psicológica de tengo que mantener la erección a toda costa, puede influir más en que en un momento que te relajes baje, que el usar el preservativo” (EDF4:12).

El GD9 es un grupo de tres chicas ciegas, dos totales y una con miopía magna progresiva con degeneración macular, las tres son universitarias y, aunque sostienen tener carencias informativas, todas conocen la PAU y dos de ellas, la han utilizado.

“E- ¿Y vosotras qué pensáis de la píldora esa entonces?, ¿La habéis usado?

N- Yo sí.

L- Yo no.

I- Yo sí, una vez y nada, no noté nada.

N- Yo iba un poco asustada, pero no me paso nada, al día siguiente estaba nueva...

I- Es que hay gente que...

N- Porque me leyeron todos los efectos secundarios que tenían y no...

L- Es que hay gente que tiene un montón de efectos secundarios después, es un pasón...

N- Sí.

L- Yo creo que el día que me la tenga que tomar, madre mía, voy a ir más asustada, sobretodo por eso, por los efectos secundarios...

N- Yo creo que el tema es no abusar. Porque hay gente que es que es una pasada.

I- Tiene muchísimas contraindicaciones, yo cuando las leí, casi tenía más miedo cuando las leí

N- Por eso. Es que es un tema que, yo pienso que eso está bien, cuando realmente tienes un problema, no para...

I- No usar otro.

N- Exactamente. Porque tú también tienes que ser consciente de las consecuencias. No vayas a lo loco y luego digas: bueno, como puedo pedir la píldora del día después...Pon medios y no tendrás que pedirlos. Ahora, si realmente hay un problema, hay una urgencia, sí” (GD9:8).

También para estas chicas existen obstáculos para conseguir la PAU. Constatamos nuevamente que continúan las reticencias a suministrar la Píldora Anticonceptiva de Urgencia entre los facultativos, obligando a las mujeres y sus parejas a largos peregrinajes²⁶.

“N- Porque el médico le dijo que ella no estaba de acuerdo con darle la píldora, que eso era una píldora abortiva, y vamos, que se negó directamente a dársela y luego a ella le quedó la duda, es decir, encima de todo, qué vergüenza, que es el médico familiar. Imagínate que se lo diga... es que yo fui con ella y, la verdad, es que yo la actitud que vi con ella no, no me gustó nada. O sea, no le dio confianza para nada y en vez de tranquilizarla y tal, pues... como que la asustó más. Yo le salté y le dije que eso no era ninguna píldora abortiva, eso es un anticonceptivo del día después, le apuntaba y decía que no, que no sé qué...

I- A una amiga mía le pasó algo parecido” (GD9:6).

3.4. Condiciones de adhesión al método prescrito / recomendado : el doble método

Sólo una de las informantes ha sido alentada a utilizar el doble método. EDF4 posee información desde muy joven y visita a la ginecóloga y manifiesta total adhesión a sus recomendaciones. Es partidaria y utiliza doble método: píldora más preservativo y, ahora se está planteando, DIU más preservativo, hace descan-

26.- “N- Sí, a mi amiga, allí en el pueblo le pasó eso, que el médico le dijo: es que estoy hartísimo porque lleváis toda la noche viniendo, (risas) y tuvieron que ir a otro pueblo de al lado a pedirlo porque dice que es que ya no le quedaban. Que la gente la usaba un montón, y dice: es que la gente no es consciente de las consecuencias que tiene la píldora, no, no, no, los efectos secundarios que pueden llevar, y madre mía... Por lo visto es que en mi pueblo [Almería] es una pasada. Que lo piden como caramelos, vamos (Risas)” (GD9:6).

sos con la píldora ‘cuando se lo recomiendan’...EDF4 ha incorporado así la lógica médica preventiva, tal vez, propiciada por el contacto continuado con los profesionales de la salud y con el sistema educativo (cursa estudios universitarios). Con su pareja actual usaba la píldora pero nunca lo hablaron, seguía las recomendaciones del ginecólogo:

“tomaba la pastilla y nunca dejé de tomarla entre una relación y otra, primero porque entre una relación y otra hubo un parón de dos meses. No hubo más. Y segundo, porque a mí ginecológicamente me la recomendaban, porque tenía quistes ováricos, y problemas de acné y tal, y me venían bien por otros motivos, entonces no dejé de tomarla. Y él siempre vio que la pastilla, para él, era lo más cómodo y lo más seguro. Entonces, durante un tiempo estuvimos utilizando los dos métodos a la vez, yo dejé las pastillas porque me recomendaron hacer un parón de seis meses, durante ese tiempo, utilizamos siempre el preservativo. Pero por ese miedo de: puede romperse y no darnos cuenta, sí que estábamos, muchas veces en la relación sexual, más pensando en ¿me podré estar quedando embarazada? que en lo que realmente tienes que pensar en ese momento ¿no?. Entonces, yo volví a tomar, a los seis meses, porque además tenía unos desarreglos horriblos, que yo decía: ¡ya me he quedado embarazada! pero no, era un desarreglo. Entonces, volví a tomar la pastilla, y ya la tuve que dejar en noviembre obligatoriamente. Pero vamos, fue algo que realmente no es que lo habláramos. Yo estaba tomando la píldora, a él le pareció bien, y ya está” (EDF4:5-6).

EDF4 usa el doble método porque considera que para ella un embarazo sería de alto riesgo y, no sólo el embarazo, también las ETS ponen en riesgo su salud. No obstante, la maternidad es “una de sus grandes vocaciones”.

“que uso el preservativo pero estoy pidiendo cita en ginecología para complementarlo con otro método. Porque para mí, me da más seguridad. Yo de hecho, cuando utilizaba las pastillas nunca, prácticamente nunca, he utilizado las pastillas solamente. Porque si utilizas dos métodos es mucho más difícil que te quedés embarazada” (EDF4:4).

3.5. Conectar, conocer, comunicar, ligar: el primer acercamiento como el gran obstáculo

Este colectivo no muestra mucha inquietud por el tema de los anticonceptivos. Desean estas informadas y, de hecho, lo están. Para ellas, es más problemático ligar. Para un primer acercamiento, los ciegos totales no tendrán en cuenta el físico ni las miradas sugerentes ni las sonrisas...el juego de la seducción se juega con otros sentidos. El flirteo es más directo. Para ellos, el atractivo está en la conversación, en la voz, en la manera de dirigirse al otro. El roce, el tacto puede darse o formar parte de un segundo paso. Lo primero es la voz, por eso las discotecas son lugares poco propicios, en los que se sienten doblemente limitados: ni se ve ni se oye.

Ligar se convierte en algo complicado debido al rechazo, casi automático, de los videntes. Como ya avanzamos, el principal obstáculo son las personas sin discapacidad. Es como si sintieran un impulso, como si tuvieran un muelle que les apartara de la persona a la que se habían dirigido sin darse cuenta de que era ciega:

“cuando alguien venía decía “soy ciega” y se iban (risas). Lo que pasa es que es muy triste, pero se piraban “perdona, perdona” y yo les decía “no, no si antes de conocerte también lo era” (risas) yo le echaba mucha cara” (GD8:13).

“B: en temas de discapacidad, yo veo mas problemas a la hora, a lo mejor, imagínate de ligar, que el tema de la discapacidad pueda echar para atrás y eso pasa! [...]” (GD8:11).

“B: cuando veía que me entraba un chaval...Yo perdí la vista en el 98 y antes se me notaba mucho menos y ahora se me nota más en el ojo, lo tengo más cerradito y eso cuando alguien venía decía “soy ciega” y se van

[...]

E: y, una curiosidad, cuando perdiste la vista...qué edad tenias...para...?

B: ¿yo? 18 [...] pero, yo antes también tenía discapacidad visual, lo que pasa es que tenía muy buen resto visual, pero digamos biqueaba más que cuando me quedé ciega, entonces realmente el ponerte a hablar con alguien y empezar la persona a mirar para los lados, porque no era un biqueo bestial, era un biqueo para despistar, esto de “ah....ah” (risas) Entonces, eso si me creaba mas inseguridad pero vamos de todas formas...tienes problemas en el ligoteo. De hecho algunas veces me he sorprendido y “soy ciega” “¿bueno y qué?” y se han quedao!!, digo, pero que te vayas... (risas)” (GD8:13).

“L- normalmente, nos sentimos torpes, sobretodo si es una discoteca, los que somos ciegos totales o los que ven poco en las discotecas por la baja iluminación. Y claro, damos a entender que pasamos del tema. O sea, ese chico, que se quiere acercar a ti, normalmente se siente ignorado, como es lógico, porque claro, ve que está mirando, yo por ejemplo a Cuenca, él me mira y dice ¿por qué pasa de mí? [...]

N- Es que nosotras, los ciegos totales, nos basamos mucho en saber donde está la otra persona, en un contacto, a lo mejor, saber que está ahí cerca y de hablar [...], a mí se me nota mucho, entonces me ven y la gente se asusta, o no lo entiende, entonces pasan de ti.

L-Sí, a veces te ven rara.

N- Sí, sí, a veces el hecho de que no mires donde tienes que mirar o, pero no miras, pero que lo raro es, que si a ti no se te nota nada, pues digan ¿a esta persona qué le pasa, no?

N-Por eso digo yo que la conversación y el conocer la voz, o a la otra persona mediante la voz, yo creo que es esencial para nosotros. [...]

L- Si, lo primero que te atrae es o la voz, o la forma en cómo se dirige a ti, o como tiene la conversación, qué temas plantea... No, es que no, el físico está fuera. El físico no...

E- Entonces el tacto tampoco...

N- Bueno sí, a ver, si tienes la oportunidad de tocar los hombros y los brazos, puede decirte algo la persona, pero en mi caso, personalmente no [...].

L- Yo, por ejemplo, con todo el mundo, tengo que tener un poco de referencia de tocar un poco, así el hombro, donde está esa persona eso ya independientemente de chico, chica o...

Todas-Si, sí, el roce...

L- Para mí sí. Para mí es un poco esencial, porque estar ahí con la persona y no poder ni tocar un brazo ni cogerle la mano, o yo qué sé...

N- Es una muestra de cercanía [...]

I- ... mi abuela es ciega total también y cuando le hablas muchas veces le estas hablando aquí y esta mirando para allá, y yo, le digo: abuela que estoy aquí ¿Es o no? A mí me da confianza pero que si que trato de tocar a la persona también para que...” (GD9:2/3).

“ lo que es una relación sexual completa, la tuve, me parece que a los 16 años. Llevaba ya un año y algo con la que era mi pareja entonces, y bueno, realmente, a nivel sexual, una persona con problemas de visión no tiene dificultades si no las busca. Porque todo es, digamos, solucionable. Es decir, yo creo que hay otras discapacidades que afectan más a la relación sexual, una persona que está en una silla de ruedas, creo que va a tener muchos más problemas a la hora, de mantener un coito, que una persona que tiene baja visión. Porque básicamente, en una relación sexual, tú juegas mucho con el tacto, y el tacto los ciegos te aseguro que desarrollado lo tienen un rato” (EDF4:4).

La ONCE organiza dos convivencias anuales: unas de ámbito nacional (de una semana) y otras de ámbito autonómico (de tres o cuatro días). Estas convivencias cuentan con gran aceptación dentro del colectivo: son un gran éxito, son un espacio propicio para las relaciones personales e íntimas. Allí todos se sienten aceptados y todo está permitido:

“I- Digamos, a liberarse un poco de su de tensión sexual, yo que sé, pero eso pasa también porque la gente, a lo mejor en sus casas, tienen muchos complejos, no es capaz de relacionarse socialmente, entonces, llegan a un ámbito que son todos ciegos, nadie tiene complejos, entonces se sienten más libres, ven la

oportunidad, por eso pasa lo que pasa [...].

N- No, lógicamente luego ves gente que no va a eso, que va a divertirse. Pero es verdad que las convivencias son muy propicias. Y de hecho, en unas convivencias estuvieron repartiendo preservativos incluso. Que lo hicieron muy bien.

L- Sí.

N- Que alguna vez se han llevado sustos. Es que vamos, es que vamos, es que es impresionante” (GD9:12).

En suma, las prácticas preventivas que observamos en este colectivo de ciegas mayores de 20 años y con educación superior podrían responder al deseo de reducir los riesgos a que se ven constantemente sometidas en los ámbitos en que esto es factible. El juego con el riesgo de embarazo y de contraer enfermedades de transmisión sexual es más reducido que en otros colectivos estudiados (adolescentes y maduras de clases populares). A ello podría estar contribuyendo además del mayor nivel educativo y la edad, la larga trayectoria de contacto con la lógica institucional a través del : sistema educativo, sistema sanitario, la ONCE ... Estos acaban imponiendo sus lógicas preventivas, sus tiempos de espera, sus criterios formales ... alejados de la búsqueda de la satisfacción inmediata que conduce, con mayor frecuencia, al no uso de anticonceptivos a otros colectivos.

4. Barreras de acceso para las personas con discapacidad auditiva

Las dos técnicas cualitativas utilizadas con las mujeres sordas: entrevistas y reuniones de grupo, nos aportan información sobre los procesos de construcción de su identidad como personas sordas, en un 'mundo' dominado y estructurado por los oyentes. La dinámica colectiva de las reuniones de grupo hace emerger las dimensiones de la identidad colectiva de la comunidad sorda, mientras que las entrevistas individuales procuran información sobre la construcción personal de la experiencia, los obstáculos encontrados y las formas de afrontarlos.

Para conocer la situación del colectivo de mujeres sordas contamos pues con la información procedente de dos entrevistas individuales (EDF2 y EDF5) y dos reuniones grupales (GD6 y GD7). De la composición y la dinámica de las reuniones grupales destacamos: GD6 está formado por tres mujeres próximas desde hace mucho tiempo que representan el modo de sociabilidad de las vecinas de las clases populares. Dos estuvieron escolarizadas juntas en un colegio religioso para sordas, la tercera se unió durante la adolescencia. Se conocen muy bien, su complicidad les permite bromear sobre su sexualidad, sus compañeros, los vibradores... Amas de casa y vecinas, pasan mucho tiempo juntas en el día a día, se llaman para tomar café y tienen hijos de edades similares. La proximidad de estas tres participantes debe también mucho al hecho de compartir una forma muy específica de comunicación que refuerza la conciencia grupal (utilizan el nosotros), y, les lleva a presentar su estrategia para el control de los nacimientos (la marcha atrás) como una característica grupal: por ser sordas, no se enteran mucho de las cosas ni se quieren enterar. Sólo la cuarta participante, más joven y externa al grupo, maneja más información y usa métodos anticonceptivos diferentes a la marcha atrás.

El grupo de mujeres más jóvenes y con más estudios (GD7) pone el acento en otras dimensiones. Se constata más diversidad en el uso de métodos anticonceptivos, relaciones un poco más fluidas con los sanitarios y una búsqueda de información más activa y diversificada. Estas informantes no se conocían entre sí y la discusión revela mucha curiosidad e interés por varios aspectos relacionados con la sexualidad. En este caso, es la falta de experiencia de M, la expresión de sus temores y las reacciones de sus compañeras lo que pone en evidencia la diversidad de experiencias y de nivel de uso y acceso a los anticonceptivos.

Tanto la inocencia auto-declarada del GD6 como la curiosidad incluso ingenua, algunas falsas ideas y algunos temores, podrían interpretarse como signos del aislamiento educativo, relacional, cultural y social que las mujeres sordas perciben y experimentan. De aquí, la importancia de la LSE, como punto común y signo de pertenencia al mismo grupo: una pequeña comunidad cerrada.

4.1. La discapacidad invisible

El siguiente extracto focaliza parte de la complejidad de la situación de las personas con diversidad auditiva: la invisibilidad. La invisibilidad de la diversidad auditiva contribuye a que la gente no le preste atención, no se percate ni busque formas de adaptarse a su situación. De otro lado, el aislamiento, la in-comunicación, la falta de confianza, la supuesta incompreensión de la realidad... también pudieran funcionar como 'lugares comunes' que no permiten describir una realidad matizada.

"Y las personas sordas aquí me ha sido muy difícil conseguir información, me han dicho que no tienen nada, que no tienen problemas, que no... No, yo creo que sí tienen problemas, pero eso sí que lo tendría que investigar con más detalle. Pero, no es fácil acceder a una persona sorda. Es la discapacidad, yo le llamo la más invisible de las invisibles. Tú ves a una persona sorda, y no tienes ninguna consideración especial. Porque tú ves que se mueve perfectamente pero, son las personas con más barreras porque la comunicación verbal, que es la que rige la raza humana, es fundamental. Entonces claro, viven en su mundo sólo. Son profundamente desconfiadas, normal, yo lo comprendo. Es una persona que no comprende la realidad, no entiende la totalidad de lo que hay a su alrededor, se vuelve muy desconfiada, es la discapacidad más incomprendida" (EDF6).

En este trabajo, hemos usado dos formas de comunicación con mujeres sordas: escrita, a través del Messenger, para la realización de una entrevista en formato “chat”, y la LSE que nos permitió realizar tanto otra entrevista individualizada como reuniones grupales.

Uno de los primeros puntos que destaca de las experiencias de las mujeres consultadas en esta investigación es que ser sorda, no impide ni tener una vida sexual activa ni iniciarla a una edad temprana (16 años). Estas mujeres relatan experiencias y dificultades que no tienen nada de específico: la falta de experiencia de los jóvenes, el embarazo inesperado, las dudas y/o la falta de información sobre ciertos anticonceptivos, la falta de entusiasmo propia y de la pareja por el condón, la variabilidad del placer sexual según la relación y la pareja..., la poca comunicación con los padres sobre el tema de la sexualidad ... Todos estos rasgos son compartidos con el resto de las poblaciones analizadas. Paralelamente, parece imposible si no inútil aislar lo que se debe a la discapacidad en sí misma, de lo que sería atribuible a las condiciones sociales: clase social de origen, género, edad, hábitat ... de existencia. Así, por ejemplo, ser sorda no se vive de la misma forma en el contexto cerrado de un pueblo y una familia tradicional muy religiosa, siendo la única chica y la única sorda de la familia (EDF5, 29 años) que en una familia no religiosa, de oyentes y residente en una gran ciudad (EDF2, 25 años).

4.2. Lengua de signos versus oralidad

Los relatos de las mujeres “mayores” (32 a 43 años) de clases populares, participantes en el GD6, ilustran la segregación educativa que caracterizó una época no tan lejana. Ser sorda en un entorno de oyentes y de dominación normativa de las formas oralistas de aprendizaje, supuso para los sordos tener un nivel educativo bajo, negándoseles así, además de la independencia económica, la adquisición de formación de alto nivel. Se proporcionaba un nivel educativo mínimo a chicas y chicos, separados de sus pares oyentes:

“T: en el colegio de sordos, antiguamente no aprendíamos palabras normales, sino pues pronunciación como “a, e, i, o, u” o palabras de matemáticas, lenguaje, frases cortas... No aprendíamos frases largas, no había inglés ni francés, teníamos nada más cinco asignaturas: sociales, naturales, matemáticas, lenguaje y religión. Siempre había mucha religión y religión... estaba ya harta, ¿me comprendes? Siempre rezando, y de palabras las justas, de matemáticas.. pero que siempre era religión y religión, ¡cómo me molestaba.. uff!” (GD6).

La dominación de la educación oralista de los sordos no significaba sin embargo un aprendizaje adaptado, y todavía menos cuando asistían a un colegio “normal” como cuenta L de 32 años:

“L: no, no, yo con sordos nada, porque mi madre decía que si yo iba a un colegio de sordos pues que no iba a aprender nada, porque solo se hablaba en signos pero no se aprendía nada y porque allí no se podía hablar con voz y pronunciación.. no sé..[...]

P: y tú, en el colegio de oyentes ¿lo entendías?

L: qué va, era muy difícil de entender.. pero tenía un profesor de apoyo y una compañera... tenía una compañera.. que su signo era (L) se llamaba Layla, pues me apoyaba mucho, me ayudaba muchísimo.. y muy buena, esa compañera la tuve hasta el curso de octavo” (GD6).

EDF2, más joven (25 años) y con estudios universitarios, experimentó una forma de alternancia entre colegio de oyentes y de sordos. Sin embargo, es definitivamente la lengua de signos la que mejor permite la comunicación y el logro de la autonomía personal:

“pues en el colegio con sordos bien porque signábamos todos, y ya en el colegio de integración con oyentes, no había intérprete, tenía que ser “oralista” con los profesores, y en clase me costaba bastante, pero por suerte un profesor antes preparaba las clases conmigo, íbamos los dos juntos y me explicaba, entonces cuándo iba a clase ya sabía lo que explicaría porque iba preparada antes... eso hasta los 12 años, con los compañeros, con dos o tres más de cerca, me comunicaba bien, pero ya delante de mucha gente para

mí era difícil comunicarme, y eso hasta los 12 años. Luego, en el instituto aquí, en Almería capital... tenía por primera vez intérprete, pero no le entendía bien. Poco a poco aprendí la lengua de signos mejor y ya estaba muy cómoda con intérprete y estaba integrada bien, después en bachillerato estaba más independiente porque tenía el curso con diferentes asignaturas que elegía con diferentes grupos (EDF2).

Actualmente, la presencia de intérpretes en LSE permite la integración de los sordos en el sistema educativo: desde primaria hasta la universidad (aunque con importantes variaciones, en Andalucía es la Universidad de Granada la que más medios pone a disposición del alumnado con discapacidad, la más adaptada) pero durante mucho tiempo la alternativa pareció consistir en: enviar al menor al colegio de oyentes con el riesgo de que no se enterara de nada o de muy poco ... o enviarlo con las otras sordas al colegio de monjas con la duda de que aprendiera poco más que a rezar. Entre la religión y la comunicación oralista, la escuela no fue un medio de información sobre sexualidad para estas mujeres:

“T: nosotras con las monjas (signo de rezando) con el rosario rezando siempre.. anda ya! Es que son muy antiguas... nosotras (señala a P), en el colegio de monjas dormíamos juntas, y a lo mejor a una le gustaba un chico y salía a ver si lo veía y ya la monja nos traía de vuelta cogidas de la oreja, y así en fila...[...] Por ejemplo, si yo les preguntaba algo que veía en la tele relacionado con el sexo, la monja me pegaba la mano y me decía, “eso está feo, eso es un pecado” y yo me quedaba calladita, pues como voy a tener una formación de eso!.. nos llega la información tarde..

P: sí, yo estaba también en ese colegio y no nos explicaban nada, o la información nos llegaba muy tarde, ahora ya sí, ahora todos los amigos saben muchas cosas...[...]” (GD6).

El eterno debate sobre qué contribuye más a la integración de la población sorda si la lengua de signos o la oralidad divide incluso a las federaciones de asociaciones de sordos en España: FIAPAS defiende la comunicación oral en combinación con el implante coclear; es la línea oralista. Mientras que la CNSE apuesta por la conveniencia de promocionar la lengua de signos y el bilingüismo: LSE y aprendizaje de la lectura en castellano. Según manifiestan las informantes sordas y ratifica nuestra experta y colaboradora, Vanessa Jiménez Muñoz, desde el reconocimiento oficial de la LSE en España, hace tres años, esta opción se va imponiendo acompañada del aprendizaje de la lecto-escritura. Este medio es el que más favorece el aprendizaje y el desarrollo de las personas sordas.

4.3. El aislamiento: entorno familiar de oyentes / sordos

Vivir en una familia de oyentes o de sordos cambia radicalmente la situación. La familia de oyentes proporciona menos comunicación interna pero mejora o facilita las relaciones con el exterior; la familia de sordos propicia la intimidad y comunicación interna pero también el aislamiento respecto al exterior. Algunos estudios designan el entorno familiar de oyentes como el contexto donde los sordos experimentan su alteridad de forma más radical y brutal: no faltan testimonios y escritos sobre la distancia y la incompreensión insuperables que sufren los sordos con las personas supuestamente más cercanas: sus familiares (Delaporte, 2002). Mottez (2006) subraya que tener padres sordos implica que el niño sordo se relacionara necesariamente con ellos por signos. Al revés, tener padres oyentes significa que al menos uno de ellos si no ambos, se inicien en el aprendizaje de la comunicación con la lengua de signos. Las que viven esta última situación -ser sorda en un entorno familiar de oyentes-, tuvieron que buscar medios para comunicarse con sus familiares. Lo que significa, generalmente, más proximidad con la persona oyente que haga más esfuerzos por comunicar (la madre y/o un familiar cercano: hermano o hermana), y, paralelamente, reducción del intercambio al mínimo con el resto de familiares, distancia en caso de discusiones colectivas, elaboración de códigos específicos, gestuales y /o labiales si se aprendió a hablar... y selección de los temas de intercambio (incluso porque eso permite tener más control sobre actitudes sobre-protectoras de alrededor). Si la LSE facilita la integración, ésta será más frecuente y fluida en las familias sordas. Sin embargo, la mayoría de las participantes en la investigación fueron contactadas a través de asociaciones y proceden de familias oyentes.

“con mi madre tengo muy buena relación, con mi padre me relaciono muy poco porque él siempre está

trabajando, luego, en casa tampoco tenemos mucha comunicación y me cuesta entenderle más, ya que no tenemos costumbre de hablar mucho; con mi abuela, tíos, y demás... tengo poca comunicación, solo lo justo, cuándo voy, “¿Cómo estás?” “¿Qué tal?”, lo justo, ya está..

E: ¿con quién tienes más confianza y más relación?

EDF2: más con mi hermano y con mi madre; a mi hermano le cuento de todo completo, a mi madre depende de los temas, depende si es adecuado para ella, a ver de tema general sí, pero cosas personales que sé que no le gustan pues no, más bien para evitar que sufra..” (EDF2).

“Ellos ya costumbre mirarme, si ellos hablan conmigo yo leo los labios por eso yo entiendo y yo hablo porque yo en mi colegio cuando yo pequeña, la maestra me enseñó. Yo hablar. Me enseñó a hablar, y ahora yo hablo y mi familia me entiende, algunos gestos también mi familia hace para yo entender más claro, pero yo ya costumbre” (EDF5).

4.4. La lengua y la religión como frenos a la comunicación: “te va pasando y vas aprendiendo”

Si en varios casos las familias de las mujeres sordas no funcionan como fuentes de información y transmisión del conocimiento sobre la sexualidad y la prevención del embarazo, se debe además de al tabú que afecta al resto de colectivos analizados, a que se precisan formas de comunicar directas, concretas y precisas, sin los circunloquios que caracterizan la lengua de los oyentes. Eso no significa que el recurso a la metáfora no exista en lengua de signos²⁷... Pero sí significa que la LSE es mucho más directa y, posiblemente, brutal cuando la lengua oral sigue marcada por varios tabúes que no existen en la lengua “icónica” (Delaporte, 2006:119/120). Con lo cual, en un entorno cerrado “hablar” o preguntar sobre sexualidad, siendo chica, merecía la reprobación y el castigo:

“E: habéis preguntado a vuestros padres o a algún familiar sobre los métodos anticonceptivos, algún consejo o algo...

Todas: nunca, nunca...

T: ¿yo, preguntarles a mis padres sobre el sexo?, ¡me meten una bofetada!, porque yo antes sí preguntaba algo a mi padre me daba pero bien dada ¿eh? Nunca, nunca ...

P: yo igual, nunca.

C: sí me han aconsejado algunos sordos pues de que tenga cuidado de no tener muchos hijos, de tener control... pero ya está. Pero hablar directamente de sexo y eso nada de nada..

L: bueno yo sólo con mi hermana. Nada más que con ella.

C: mi padre es que no sabe bien hablar en lengua de signos, y lo entiendo muy poco, sabe un poquito, y en cambio mi hermano si sabe algo más lengua de signos, pero lo entiendo poco...

T: yo antes, de joven, si le preguntaba algo a mis padres, pues sobre las relaciones de sexo o cómo era ... me decían que era una guarra, no se podía hablar de ese tema, es que antiguamente era muy diferente.. si yo hacía algún signo sexual mi madre me daba una bofetada ¿qué iba hacer?, eran muy antiguos.

C: yo igual...” (GD6).

En otro contexto religioso y tradicional, más recientemente, la discapacidad auditiva contribuye a mantener la distancia informativa de la única chica sorda de la familia, quien se quedó embarazada sin quererlo y sin saberlo. Denuncia la relación de sus padres con ella, el gran tabú que como consecuencia de la religiosidad de su madre, operaba sobre la sexualidad y contribuía a que no se hablara de ello:

« Yo les explique que no sabia bien nada y ellos no me habían explicado nada. También fué fallo suyo, por mis hermanos si sabían cosas del tema de sexo y yo nada. Por eso fallo

E: pero entonces tu tenías menos información ...

EDF5: sí, siempre he tenido menos información por ser sorda de muchas cosas, mis hermanos hablaban mucho con mis padres y yo hablaba con ellos pero no temas profundos” (EDF5).

27.- Significaría que la abstracción es inaccesible a las personas sordas; un sin-sentido.

Entre las informantes sordas, pocas manifiestan conocer y controlar los anticonceptivos al inicio de su vida sexual. En el grupo de mujeres de clases populares (GD6, entre 32 y 43 años) solamente la más joven, que todavía no tiene hijos, usó anticonceptivos. Todas las demás recurren a la marcha atrás como forma de control de la natalidad. Embarazadas al inicio de su vida sexual, tuvieron hijos sin cuestionárselo y sin información, hasta el día de hoy (tienen entre 3 y 4 hijos).

“E: y la primera vez que tuvisteis vuestra relación sexual, sabíais que os podíais quedar embarazadas, lo ibais buscando...

C: que va... yo pá eso era muy inocente... no tenía ni idea.

T: yo tampoco sabía de eso, yo no pensé en el embarazo, en las ganas que teníamos de hacerlo por primera vez, y luego ya al tiempo sentía mareos y me encontraba rara, hasta que ya me di cuenta que me había quedado embarazada, fui al médico, y fue como una sorpresa que ya estaba. Yo pensaba de ir tranquila, pero bueno así surgió todo, pero claro era muy joven y pues teníamos ganas ya de tener relaciones sexuales...

P: ya claro, tú estás con él y solo está él en el mundo y surge todo y no te pones a pensar en nada más ni que pueda pasar, sino estar con él, pues luego llega la sorpresa del embarazo.

C: es que puede ser casualidad que justo la primera vez ya te quedes, porque de muchas veces pues solo puede ser una en la que se coja bien..” (GD6).

“E : el tema de la prevención no lo han usado porque no sabían o por qué [a la intérprete]

T: no, yo nunca he tenido, ni idea.. ella sí (señala a L)

L: yo sí

T: pues nosotras tres no tenemos ni idea

C: no, que somos muy inocentes, van pasando las cosas en la vida y ya está, sin más..

T: sí eso, te va pasando y vas aprendiendo, ya está

P: claro, claro, yo igual.. Pues yo soy también muy inocente, yo sé que con mi marido pues tenemos que ser responsables nosotros.. así siempre” (GD6).

Este desconocimiento sobre la reproducción y el alejamiento de las formas medicalizadas de control de la natalidad parece tanto más asumido cuanto que con el tiempo y la práctica, consideran que la marcha atrás es eficaz: “nosotras controlamos, ya sabemos controlar”. Además, un fallo eventual está integrado en sus trayectorias vitales y no preocupa demasiado; tener hijos a edades tempranas también forma parte de sus vidas, así como casarse joven. Es decir, el estilo de vida tradicional de las clases populares donde la maternidad es el proyecto vital más satisfactorio y valorado al que estas mujeres, sin cualificación, pueden acceder. A sus 40 años siguen practicando la marcha atrás y rechazando cualquier anticonceptivo moderno; consideran ya casi inexistente el riesgo de embarazo.

Estas mujeres tuvieron y tienen muy poco contacto con el sistema sanitario: ni medicina preventiva ni control del embarazo ni seguimiento ginecológico después de los nacimientos de los hijos. La figura del médico no aparece como un posible interlocutor para cuestiones que consideran son asuntos privados de la pareja:

“T: yo con mi marido pues nos entendemos, que sabe que no me quiero quedar más embarazada y se controla, lo comprende y nos entendemos, y llevamos así mucho tiempo, que no es hacer el amor sin pensar ni nada, sino que tiene que haber control..

P: claro eso es, igual que yo..

T: pero que yo de pastillas, inyección no me he puesto nunca, y al ginecólogo no he ido nunca, y ya son 17 años. El médico me envía cartas pero yo paso, porque no tengo tiempo, soy una vaga.. pero que no todas somos iguales, somos diferentes, cada una tendrá lo suyo, pregúntale a ellas.... Dile tú

C: ¿Yo? Pero, si ya he dicho que yo nunca voy al médico, que yo como siempre, que es lo que hay y ya está...

P: es que ir a desplazarme hasta el médico pues no, nunca voy porque yo sobre estas cosas pues lo hablo con mi marido y sabemos controlar y ya está... pero de ir al médico para preguntar sobre esto o hablarlo

pues nunca lo he hecho.. tampoco es que nunca me han explicado nada.. no tengo ni idea” (GD6).

Las mujeres del GD6 (con DF auditiva y poco escolarizadas) representan el extremo opuesto a las mujeres del GD9 (con DF visual y universitarias). Alejadas de los servicios de salud, las primeras, viven ajenas a sus recomendaciones y sus lógicas preventivas. Lógicas que ni entienden ni comparten ni anhelan: simplemente, consideran que no tienen nada que ver con ellas.

4.5.Las fuentes de información clásicas y las nuevas tecnologías

Adquirir un capital informativo sobre anticonceptivos supone la movilización de varios recursos: familiares o personas de confianza, revistas femeninas, charlas entre chicas adolescentes, colectivos de sordos... e Internet. El uso de Internet es mencionado por las jóvenes y/o con más nivel educativo. Éstas buscan de todo, y también información sobre anticoncepción. Sin embargo, para este colectivo, el medio tiene sus límites, debido a la relación compleja y variada que mantienen con la lecto-escritura.

« ¿usas otros medios de comunicación para informarte del tema?

M: siiiii, internetttt. Siempre me gusta mirar y buscar cosas en Internet. También videos por son muy visuales y aprendo mas que leer cosas, me gusta Internet mucho. A las personas sordas nos da mucha información » (EDF5).

“M: sí porque los sordos (signo de un papel leído rápido)

N: ¿Qué significa “signo”?

M: significa que los sordos no se leen las cosas, que ven un papel y lo miran de arriba abajo pero ya está, no se paran a entender nada...

R: sí, que pasan de leerlo, el papel se pasa por todas sus narices igualmente...

M: claro, es que si ves tantas frases y frases largas, pues los sordos pasan, si fuera más visual pues nos llama más la atención y es más fácil de entender.. a mí me decía una amiga que miraba por Internet, que buscaba información pero venían muchos textos y nada de videos pues pasa de leerlo porque tiene muchas palabras técnicas, y no se va a poner con el diccionario a buscar una por una..

N: sí, es verdad yo me paro muchas veces con palabras que no sé que significan, yo prefiero en lengua de signos.. me entero de tó...

M: claro y ya da igual que si es una persona más culta o menos, pero los sordos pues es nuestra lengua, y deberían ponerlo todo en lengua de signos, sino no nos enteramos bien, puede que algunos lo entiendan más que otros pero no es al 100%...

R: sí, yo lo veo también en lengua de signos, pero me gusta también entender las palabras, lo que significan, por eso también las busco..

N: claro, igual que yo, que muy bien en lengua de signos pero también entender las palabras escritas, si ves las dos pues mira así aprendes más....” (GD7).

Textos demasiado cortos y sin dibujos no aportan suficiente información ... y si son muy largos, rechazan su lectura. De aquí la búsqueda de blogs y videos, preferentemente en lengua de signos. En un texto de los 70, Bernard Mottez decía que uno de los inventos considerado El mayor progreso de la comunicación en la sociedad del siglo XX, el teléfono, también fue el invento que más contribuyó a aislar a los sordos del resto de la comunidad y de los intercambios sociales. En 2010, el contexto ha cambiado, facilitando los contactos a través de nuevas tecnologías: chat, sin y con webcam; blogs, videos, y, SMS, vuelven a ser accesibles a la población con discapacidad auditiva.

Pero la sociabilidad también engloba el uso de la LSE que supone compartir el espacio, intercambiar signos y miradas. La LSE, más que la palabra oral, compromete físicamente a los “hablantes”: expresiones faciales, gestos de las manos, posturas y movimientos de la cabeza, brazos, hombros, miradas atentas para seguir el flujo del discurso. También así se habla de sexualidad, de formas de no tener hijos, de cosas muy íntimas. Nos llama mucho la atención la discusión en el GD7 por el carácter tan directo de sus expresio-

nes. En él hablan sin rodeos. Dicen las cosas, particularmente las referentes al cuerpo y a las relaciones sexuales, por su nombre mientras que los oyentes proceden con sentencias indirectas y recursos retóricos. Así es como los discursos de los sordos parecen poder analizarse en dos elementos distintos pero convergentes. Primero, está claro que la separación entre las esferas de lo privado y lo público no coinciden con lo que está establecido en la cultura mayoritaria. Segundo, todo se dice en una lengua del cuerpo que, por ser icónica, no conoce o conoce poco la censura de las palabras tabúes” (Delaporte, 2006:120). Como ejemplo, presentamos el siguiente extracto donde las mujeres pasan de hablar del fallo del preservativo, al preservativo femenino y al anillo vaginal. Curiosidad, preguntas precisas, dudas, temores, vergüenza, se expresan de forma muy libre y con mucho humor:

M: sí, yo tuve un fallo usando el preservativo, ¿ves? Y ahí tengo un niño sin buscarlo..

N: ¿con el preservativo puesto y te quedaste? Pues a mí nunca me ha pasado..

M: sí, sí, con el preservativo puesto, pues será de la fábrica que estaba mal, no sé. Y otra cosa, lo del anillo o el preservativo femenino ese, ¿cómo va? ¿cómo te lo metes? Es que no sé como va.. es que me da que no cabe bien.. ¿no? Porque luego lo tienes que abrir por dentro, ¿no?

R: a ver.. es muy fácil, (signo de cómo se mete) te lo pones y luego te penetran y ya.. (risas)

M: ¿y te da con eso placer?

R: No sé, no sé..

M: pero si tu te lo has puesto, ¿te da placer o no?

R: a mí me ha ido bien con el preservativo femenino, me ha ido bien y si he tenido placer..

M: es que a mí me da miedo si me lo meto y se me queda dentro y tengo que ir a urgencias con eso puesto, me da una vergüenza.. no me gusta tener que ir a que me saquen eso, que vergüenza, voy a quedar como una tonta.. mejor nada..

N: sí a mi me pasa igual, a mí también me da miedo, nunca me lo he puesto...

R: eso tienes que probarlo y no exagerar tanto, que luego no es para tanto como piensas..

M: me da miedo que se me quede dentro y no pueda sacármelo y tener que ir a urgencias, que me vean que yo soy sorda, y encima voy a parecer más tonta, anda ya!

R: pues te lo sacan y ya está (risas)” (GD7).

“R: anda eso sería cuestión de probarlo ¿no? Tampoco no tienes que estar preocupándote en lo que te podría pasar, hay que pensar en positivo, en que irá todo bien. Yo tampoco nunca lo he usado.. pero me lo plantearía...

M: pero es que si me da miedo no voy a estar cómoda ¿para qué? Y que luego resulte que me lo meto y sigue metiéndose más y más a saber hasta dónde...

R: que no, que eso tiene ahí una cosa que no es hasta el fondo, que tiene un hilillo para que luego tires, cuándo quieras hacerlo con tu pareja, te lo pones, y ya cuándo te penetra y terminas te lo quitas fácilmente, y lo lavas, el anillo es más tiempo ahí puesto, tampoco tienes que quitártelo todos los días...

M: y si me estoy cagando o algo ¿qué? ¿eh? Se me sale también o algo ¿no?

R: que complicada eres, que no es para tanto, eso tienes que tener cuidado pero ya está..

N: Conclusión, mejor no ponerse nada (risas)

M: y depende si tiene el labio más grande o más pequeño, tengo dudas de todo, vaya lío,..

R: es como un preservativo normal pero al revés, muy fácil...

M: y ¿seguro que te lo puedes sacar tan fácil también?

R: que sí, es muy fácil..

M: entonces, como el tampax ¿no? Es igual de poner y quitar ¿no?” (GD7).

La variabilidad de los temas y preguntas que fueron surgiendo, desde la masturbación, hasta los diferentes métodos anticonceptivos, pasando por el deseo sexual de los hombres, la penetración con personas muy gordas, el tamaño del pene de los chinos y de los negros, el aborto ... se asemejan a las preguntas que se plantean en cualquier taller de educación sexual para adolescentes. Salir del aislamiento del pueblo y/o de la familia y moverse en entornos diferentes y grupos de pares, permite también sobrepasar la sensación de retraso, la vergüenza asociada al desconocimiento; el sentido del ridículo, el miedo a pasar por tonta

por no saber algo:

“Al principio le dije a mi madre que me contara bien claro, porque yo todo oscuro, pero sabia mi madre tema no en profundidad y ya cuando tuve a mi hijo me vine a Granada para poder estudiar y buscar trabajo y aquí en asociación y también amigos ya me fui informando claro.

Antes me daba vergüenza por no sabia nada y pensaba la gente se reía de mi pero es mejor preguntar y saber y nada fallo y ahora estoy muy contenta [...] También ahora estoy haciendo las practicas en una asociación de mujeres sordas y ahí se informa mucho a mujeres de todos los temas, también de temas de sexo y tenemos libros y cosas. Ahora ya sé todo, igual que una persona oyente [...] también se dan conferencias y talleres de prevención embarazo, métodos anticonceptivos y se hacen practicas de como poner un preservativo y se regalan preservativos a las mujeres que hacen taller. También otros métodos explican, ya depende cada mujer le guste más usar” (EDF5).

4.6. Información clara y directa : nada de juegos de palabras ni dobles sentidos

La necesidad de que se les hable claro y directo que muchas veces subrayan los sordos, es opuesta a la infinidad de metáforas y dobles sentidos que plagan los discursos de los oyentes. Su uso supone conocer e integrar su significación. De aquí que los videos y formas visuales despisten menos que las palabras escritas o habladas:

E : prefieres que sean visuales a leer?

M: sí claro, por personas sordas muchas veces conceptos y palabras no entendemos bien. Si es visual es muy claro, entendemos todo mejor sí

E: ¿en que páginas de Internet buscas?

M: en google pongo palabra o concepto quiero buscar, ahí salen muchas páginas y voy abriendo y leyendo o viendo. También ahora uso youtube mucho, por son videos

E: pero ¿hay videos sobre tema de sexualidad? ¿cómo? en lengua de signos?

M: sí, claro que hay videos, pero no en lengua de signos sino videos y fotos son visuales

E: ¿por qué te cuesta entender palabras y conceptos?

M: porque tu sabes la educación de personas sordas antes no había intérprete y necesitamos que palabras muy técnicas nos expliquen muy claro por no entendemos que significa. Por ejemplo, si leo concepto “marcha atrás” creo que es cuando voy en coche para poder aparcar y quiero coche vaya atrás, pero no es. Ya explica claro y, ya se que es tema de hombre cuando sexo no echa semen dentro del coño, si yo no sé, yo quedo ridículo delante personas” (EDF5).

« E: ¿que piensas de la fidelidad?

M : ¿fidelidad? dime mejor que quieres decir

E : sobre poner los cuernos a tu pareja o que te los pongan a ti

M: ¿poner los cuernos? Ja, ja palabra muy típica oyentes pero si entiendo, no me gusta me pongan los cuernos, claro. Yo tampoco” (EDF5).

4.7. La comunicación con los sanitarios y el intérprete

El sistema de salud ha previsto formas de acogida para las personas sordas y se puede pedir la asistencia de intérpretes en LSE para la consulta. Todas las mujeres incluso las más alejadas del sistema de salud, lo saben y lo mencionan. Esto no significa que el uso sea fácil: resulta complicado conseguir un intérprete de confianza para hablar de un tema íntimo, máxime si dispones de poco tiempo, si es para una cita cercana.

T: tenemos que pedir la cita con antelación, hay que llamar mucho antes para decirle el día y reservarlo. Por ejemplo, una semana antes, y luego, ya en el día, pues se le cita donde tenga que ir y perfecto, pero si avisas con dos días de antelación pues normalmente no puede el intérprete porque ya estará ocupado....

Hay que llamarles por teléfono..

C: pero que a veces vas directamente y puede haber algún intérprete libre.

T: Que va, pues yo nunca los he visto libres, nunca están, porque siempre están de servicio [...]

L: en algunos centros, no sé cuales, algunos médicos o enfermeras saben algo de lengua de signos, muy poquito ...

P: poco a poco, cada vez hay más que aprenden pero que saben muy poquito, no es lo mismo, no les entiendo para enterarme bien, bien de todo. Para mí es mejor un intérprete que sabe bien y es más seguro” (GD6).

Tener este recurso no significa que sea fácil abordar temas de sexualidad o de anticonceptivos ni que se garantice la comprensión entre paciente e intérprete. EDF2, por ejemplo, fue dos veces a consultar al ginecólogo y tomó la píldora varios meses. No parece tener dificultades para hablar de anticoncepción con los médicos, pero las dificultades concretas para comunicar contribuyen a que se reduzca la petición al mínimo:

“F2: si es fácil comunicarnos pues si le cuento fácilmente, pero si no, me limito. Por ejemplo, yo en Almería voy con mi madre siempre, se lo digo a ella y ella se lo explica siempre, con intérprete he ido una vez.. pero normalmente no, porque hay que pedir antes cita, siempre están muy ocupados. Una vez no quería que estuviera mi madre y pues intenté comunicarme y pues si que entendí algo. Luego hace poco en Granada me fue imposible comunicarme al que fui, no entendía nada, nos lo escribíamos en papel, pero lo justo, muy cortito todo...

E: y ¿no pedías intérprete?

F2: no, es que es muy difícil pedir cita, tiene que ser con 3 o más días de antelación... y uf... yo prefiero pues ir con alguien que sepa lengua de signos o quien tenga facilidad de comunicarme, si no es que tengo que leerle los labios o escribirlo...[...] Voy con mi madre y me siento confiada, más con mi madre, ya con el intérprete no sé... ya me costaría, es que depende de la persona, si signan bien²⁸ o sino pues uf.. si cumplen el código ético, a mi me cuesta. Yo prefiero más ir con mi madre” (EDF2).

Si no se usa sistemáticamente el recurso al intérprete es también porque: o bien se tiene confianza y facilidad de comunicación con el médico de familia (figura central para abordar este tema en el nuevo modelo de organización pero muy desvalorizada y desprestigiada dentro del colectivo médico y el SAS) o bien porque se desconfiaba del intérprete: de su fiabilidad y de su discreción, en una comunidad muy pequeña donde circula toda la información; donde todo se acaba sabiendo:

N: yo prefiero ir sola, además que ya el médico me conoce a mí, y me entiende y me intenta hablar claro y despacio, vocalizando con los labios, para cosas así leves, como un resfriado, catarro.. pues con ese médico no tengo problema porque ya me conoce de mucho tiempo..

M: ya, pero para algo más profundo, más específico o lo que sea...si vas con intérprete ¿no?

N: claro... ya algo más específico sí llamo a un intérprete, si es una enfermedad rara, o cuando estaba embarazada que es algo más delicado, más profundo, sí que llamo a un intérprete claro, lo prefiero, pero para cosas más leves, pues no hace falta, voy sola..

R: ya, pero tampoco me gusta que el intérprete sepa de mi intimidad, porque está dentro de la comunidad sorda y pues se entera de cosas más y puede ir luego contándolo por ahí

M: yo por eso prefiero ir con un familiar, para cosas más íntimas con un familiar..

N: ya es verdad, porque si el intérprete se entera de todas mis cosas puede ir luego criticando, y somos una minoría y la gente se entera de todo rápidamente..

R: a mí eso no me gusta, que vayan contando cosas íntimas, queda muy feo..

M: pero los intérpretes tienen un código ético que deben cumplir, no pueden contar nada..

R: a mí en Sevilla me pasó, que fueron contándolo por ahí, y no me gusta eso..

M: es que somos una minoría, y puede que el intérprete tenga un amigo íntimo sordo y pues le cuenta... se supone que son profesionales.. pero... algunos les da igual..

R: se les pueden escapar cosas, si les insisten y tal... yo siempre tengo el mismo intérprete, siempre el

28.- El trabajo de intérprete sanitario es complejo y comprometido porque la LSE no dispone de muchos términos técnicos y, cualquier error puede tener consecuencias perjudiciales para el/la usuario/a.

mismo.. no me gustan otros..

M: pues lo mejor es con un familiar de confianza..

R: pero yo no tengo aquí ningún familiar, son todos de Rumanía.. yo estoy aquí sola, y ¿qué hago? ¿cómo voy a informarme? Pues necesito al intérprete” (GD7).

4.8 Las medidas anticonceptivas adoptadas

Tanto las jóvenes como las mayores e independientemente del nivel de estudios consideran que a pesar del riesgo de quedarse embarazada, hacer el amor resulta mas placentero ‘sin’ que ‘con’ condón, que con el preservativo se pierde sensibilidad y que ponérselo ‘corta el rollo’ (al igual que la marcha atrás), disminuye el placer, quema e impide el contacto ‘piel con piel’. Ellas prefieren sentir ‘la carne y los pelitos’. Sus parejas tampoco reivindican el uso del preservativo. Así, confrontan el rechazo del uso de anticonceptivos con las posibles consecuencias; el recurso generalizado a la marcha atrás con el embarazo inesperado.

“M: aunque es verdad que la marcha atrás corta el rollo ¿no? Porque ponte que se corre antes, y te quedas a medias.. no sé.. ¿verdad? (risas)

Ra:Yo pienso que la pastilla es bastante efectiva para no quedarte, ¿no? Pero tiene muchos problemas, te hinchas, engordas, para mí eso es un problema ¿eh?

M: Y con el condón apenas te da problemas, ¿verdad?

Ra: sí que lo tiene, que si se rompe ¡ale! Hay facilidad que se salga o lo que sea, te puedes quedar embarazada también

M: también tiene un problema que es vaginal, a ver en el cuello de la vagina si está rozando también te crea dolor, como es plástico, más artificial, pues, a mi eso tampoco me gusta mucho el condón, pero si no ¿cómo prevengo el embarazo?, porque las pastillas tampoco me gustan nada, ¿cómo lo evito?

Ra: a mi tampoco me gusta el condón, porque es que parece que no siento nada, yo no lo uso nunca, nada... a lo mejor un día sí pero prefiero sin nada.. es que no siento

M: ya que no sientes nada de placer.. ¿verdad?

Rj: ya ves, a mi tampoco me gusta nada, yo quiero sentir la carne.. (risas) [...]

M: claro, ¿quien es la que se queda embarazada? La mujer, el tío se va a lo suyo con su moto, y yo me quedo cargando con el embarazo ¿no? Claro (asienten)” (GD7:2/3).

“M: la mayoría no usa el condón porque prefiere sentir la carne o el mismo pelo [...] el mismo pelillo que tiene en el pene, pues eso, la mayoría de las mujeres dicen que mejor con pelo [...] hay una gran diferencia usando el condón que sin él, que les gusta directamente sin plásticos ni nada...” (GD7:7).

“T: no pero el mío nunca usa condón, siempre es la marcha atrás, así llevamos mucho tiempo, el condón no, que eso “quema”... (risas)

C: claro, ella no lo usa porque no le da placer, no quiere usar condón por eso..” (GD6:4).

“T: pues nosotros ya llevamos 17 años con la marcha atrás, y sabemos controlar, a mí me ha ido bien..y lo hablamos antes y nos ponemos de acuerdo y bien, ahora si hay un fallo pues que le vamos hacer..

C: pues yo igual que ella, sabemos frenar. Ahora estoy separada, llevo 3 años, y pues estoy libre” (GD6:3).

Ahora bien, no todo se limita a dejar las cosas pasar y, como mucho, ‘controlar’ con la marcha atrás. Algunas de las participantes, bien por haberse socializado en otros países (Rumania), bien por ser más jóvenes o tener un nivel educativo mas elevado (aunque no siempre, porque M estudia magisterio y es de las que más dudas y mitos acumula), usaron otros métodos: píldora e incluso la PAU; anillo vaginal, inyecciones, implante, preservativo femenino. Lo que refleja y es consecuencia de sus capacidades y posibilidades de moverse en entornos mas variados y apropiarse de los discursos expertos. Acumulando, además, recursos para afrontar la barrera económica y reducir costes.

“Rj: no, no pero el anillo de verdad que no pasa nada [...], está muy bien, es muy cómodo, de verdad. Para

hacer “pis” igual, no molesta ni nada, lo notas ahí pero ya está.

M: si, la verdad que sería mucho mejor, porque con el condón para gastarte todos los días el dinero, pues mejor ese que lo tienes ahí más tiempo y no te tienes que preocupar.. pero es que me da miedo...

Rj: si, pero hay otros así redondos (signo raro) que son mejores para las mujeres, ese está muy bien, con el anillo claro que te gastas bastante, pagas, no sé si eran 14 euros, lo otro es así redondo como marrón color hueso y te lo dan gratis, te lo pueden recetar...

M: ya pero yo lo del condón femenino no lo conocía, cuándo lo vi pensaba que era para un tio que tuviera un “gran pene” (risas) y luego ya me enteré, y no lo sabía...” (GD7:4).

“N: ya, pero también si no les gusta pues están las pastillas, ¿no? ¿es que una chica joven no puede tomarse las pastillas?

M: no creo, todavía tan jovencillas, no creo..

Rj: también el hombre puede hacerse la (signo: pene corte) vasectomía

M: ya pero si luego si quiere tener hijos cuándo se case ¿Qué? .. también las mujeres pueden hacerse el ligamento de trompas..

Rj: si si, yo ya me lo he hecho ...” (GD7:7)

En suma, la información debe estar en todas las lenguas, la de signos es una lengua. Como señala EDF7: “la accesibilidad universal ha de estar, es un derecho. Las mujeres no estándar tenemos derecho a vivir nuestra anormalidad”.

“M: yo sí diría que hay muy poca información para los sordos, la verdad que no accedemos mucho o no nos enteramos o acabamos pasando porque no se adapta a la lengua de signos... Aquí, en Aramus si que nos dan folletos de sexualidad, pero a veces ni lo leemos.. Bueno, en general, sé que los sordos suelen pasar de leer, pero tampoco se hacen actividades, talleres sobre eso, tienen otras prioridades..

Rj: es que están más centradas en el tema de los malos tratos y eso.. que es un tema que ahora tiene mucho boom y mucha importancia” (GD7:27).

“N: también me gusta ver el programa que sale en lengua de signos, en la tele, los fines de ...

M: sí, telesigno.. en canal sur..

N: sí, ese lo veo siempre para estar informada, también en Internet hay muchos blog en lengua de signos y los veo mucho..

M: ah si, a mí también me gusta verlos [...]

Rj: si está en lengua de signos, pues sí los veo” (GD7:28).

“M: es que no hay información que nos llegue, si fuera atractiva o que nos llamara la atención pues podríamos interesarnos más, pero si me informan algo así por encima, pues yo paso de enterarme de más. Lo veo como que eso no es para mí, que me da miedo y paso. Ahora si es algo que me llame la atención que me sigan explicando más claro y tal pues puedo dejarme llevar más por la información y tal vez que me convenza de probarlo

Rj: es que la información de los folletos, de Internet es muy cortita, que no se entiende, vamos. No tienen ni dibujos ni fotos.. todo frases largas. Luego si voy al médico me lo tiene que repetir muchísimas veces, pues ya me da vergüenza de seguir preguntándole, no voy a estar dos horas, en la consulta, preguntándole las cosas. Cuándo fui para preguntarle lo del anillo... tuvo que repetírmelo una y otra vez, hasta que ya de tantas veces pues me aclaré y me convencí de probarlo.. y mejor.. pero me surgen algunas dudas y pienso: ¿le pregunto? y ya mi marido: ¡ten cuidado! pero ¿qué hago?, si no estoy tranquila pues pienso y repienso pero prefiero volver a ir a que me lo repitan más claro y voy con el intérprete, y me lo apunto todo en una nota, así para que no vuelva a tener el mismo problema...

N: es todo complicado, si vas muchas veces y tal, mira yo me quedo con lo que sé y ya está, yo paso de novedades...” (EDF7:23).

5. Barreras de acceso para las personas con discapacidad orgánica

Un grupo poco visible y poco atendido, tal vez por su heterogeneidad es el de las mujeres con discapacidad orgánica: aquellas con disfunción de los órganos vitales, con enfermedades crónicas.

“F: pero que lo sensorial, lo físico y lo orgánico! (risas), porque a veces lo orgánico no es tan visible pero es verdad que es muy importante, que la gente con cáncer son muchas, que la gente con problemas renales son muchas, la gente de corazón, que son enfermedades vitales que te mueres con esta enfermedad. Entonces bueno, que cada vez que haya una cosa como éstas, que me ha parecido muy bien, que cuenten en este caso conmigo porque en muchos ámbitos no, no sé y es por desconocimiento que no es por mala intención ni por nada, pero no estamos tan sensibilizados en todos los tipos de discapacidad” (GD8:24).

5.1 Necesidades de reconocimiento, inclusión e información

En la investigación participó una representante del Colectivo Renal (9.000 personas en Andalucía), sometida a diálisis. Recogemos aquí su testimonio con el fin de contribuir a visibilizar la situación de este colectivo. Ella puso de manifiesto la necesidad de información sobre:

- las interacciones entre los medicamentos administrados para cada patología y los diferentes métodos anticonceptivos.
- los efectos de la medicación en la salud sexual y reproductiva: apetito sexual, problemas de erección, maternidad, aborto.

Información que no llega a las mujeres, bien por desconocimiento del médico, bien por no percibir éste la importancia que esa información puede tener para las usuarias.

“F: Entonces en el tema de la sexualidad, pues...como es una enfermedad vital que además abarca todo el sistema endocrino, hormonal, la sangre y de todo, pues una de las principales afectaciones a nivel de la sexualidad es la inapetencia sexual, la impotencia, la disfunción eréctil, sobre todo en el caso de los hombres cuando tienen esta enfermedad de forma ya inevitable, que están en diálisis, en el 50% de los casos, el hombre no, no...,sé que estamos hablando ahora mismo entre mujeres, pero también es importante que la sexualidad en esta enfermedad desde luego al hombre pues le afecta muchísimo ¿no? Luego, con respecto a la maternidad, pues, es un embarazo de alto riesgo y, en la mayor parte de ocasiones, son embarazos que no se llevan a cabo, se producen abortos ... Entonces, de cara al tema de los ginecólogos la verdad es que no nos informan tampoco, es un poco como el resto de discapacidades que muchas veces dan por hecho que por tener limitaciones a nivel físico pues no tienes porque tener hijos o no deberías ¿No? Entonces bueno en nuestro caso no podemos tomar la píldora, la píldora post coital tampoco nos viene bien, el aborto también supone muchas complicaciones, la verdad, en el caso de las mujeres, es como una encerrona ¿no? Porque todo supone mucho riesgo...y es un caso un poco complicado ¿no?” (GD8:6).

“F: en nuestro caso...de hecho no te informan! Yo me he enterado de, por ejemplo, del tema de no tener ganas y todo esto, porque o me ha pasado o he preguntado o me he informado después ¿no? Pero la verdad es que a mi nunca me ha venido un nefrólogo y me ha dicho “que sepas que por toda la medicación que tomas, por tu estado de anemia, por esto y por lo otro, vas a tener menos apetito sexual” nunca, eso nunca me han informado de eso ... y, lo que sí hace mucho el personal sanitario es atemorizarte un poco ¿no?: no vayas a tener hijos, ten mucho cuidado porque que sepas que tal..., básicamente eso, por parte de los ginecólogos.

C: pero mira, ves, eso si es un tema que yo también he visto en Internet, que la libertad de elegir si quieres ser madre...o tener relaciones es como si no te la dieran! Por ejemplo, personas en sillas de ruedas tienen un alto riesgo al quedarse embarazadas, pero tienen derecho a quedarse y lo pueden elegir! Sin embargo,

los médicos, en vez de darte la información de lo que te puede pasar, de los riesgos que lleva y estar ahí al final si tu decides tener hijos, en vez de eso, te dicen eso, que no te quedes!, simplemente para evitar riesgos y quitarse el problema de encima.

G: No son objetivos con ese aspecto

C: claro! Te dicen que no te quedes! O sea, él elige por ti, y ya es elección tuya!” (GD8:7).

Como vemos, el grupo cuestiona no sólo el contenido de la información (o su ausencia), sino también la forma de comunicar de los médicos: “te atemorizan”. Estrategia comunicativa que atribuyen a la práctica de una medicina defensiva. Aparece también la resistencia de algunos profesionales sanitarios a que sean las usuarias quienes tomen sus propias decisiones informadas. Una práctica generalizada consiste en tomar ellos lo que consideran es la mejor elección para la usuaria, sin tener en cuenta sus opiniones, deseos, expectativas ...

¿Qué hacer en caso de embarazo no deseado o no viable? ni PAU ni IVEs.

“A: y si, por ejemplo, se parte el preservativo y te quedas embarazada, ¿abortas? porque no te puedes tomar tampoco la del día después

F: la del día después es un riesgo yo no sé si en un momento dado se tomarían dosis mucho mas bajas, pero es algo que una bomba, vamos que es una bomba a nivel orgánico y que puede plantear problemas y el aborto también

E: ¿porque puedes tener hemorragias no? ¿En el aborto no? ¿O no?

F: si...

A: hombre, es que el aborto en quirófano es una hemorragia, porque después sangras ahí

F: bueno, nosotros tenemos anemia, tensión alta...

A: ya pero que si encima, no te puedes tomar la píldora del día después ¿como abortas después? En la clínica, en la clínica quiera que no, sangras!

F: o sea, abortar lo tienes que abortar [...] y no sé exactamente que problemas hay pero tengo entendido, y ese miedo si lo tienes metido en el cuerpo, que el aborto y la píldora postcoital no nos viene nada, nada bien” (GD8:30).

5.2 Reclamando publicaciones especializadas

Las necesidades informativas del colectivo son la maternidad y la compatibilidad de los anticonceptivos con su medicación.

“F: en el mío, las dudas es la maternidad, directamente, y el tema que os digo de los medios anticonceptivos, por ejemplo, es muy importante, no estamos informadas del tema anticonceptivo, píldoras, de hasta que punto puedes tomar [...] Además es muy curioso ¿no? Porque incluso dentro de los movimientos asociativos siempre se habla de temas muy importantes dentro de la enfermedad, como la alimentación, los tipos de diálisis, ... todo ¿no? El trabajo, el empleo, temas psicológicos, temas de social...y la sexualidad, la verdad es que ni se contempla, vamos!...” (GD8:20).

“F: las publicaciones que se ven son siempre publicaciones de tipo generalista, o sea, tipos de medios anticonceptivos: tal, tal y tal y eso...puede dar lugar a que alguien que desconozca, porque a mi nunca me han informado directamente en la sanidad hasta que no lo he preguntado, pues puede dar lugar a que personas a las que no les venga bien tomar eso, lo tomen, entonces acceso a algún tipo de publicidad, que se tenga en cuenta la particularidad, vamos! Personas con tal y tal o incluso hacer publicaciones específicas!

G: de todas formas, el ginecólogo debería saber si tu puedes tomar o no la píldora ¿no?

F: claro pero hasta que yo no he ido directamente a preguntar qué puedo tomar, qué no puedo tomar, a mi lo único que me han dicho en plan, eso en vez de anticonceptivo, preservativo, sabes lo que te digo pero no me han dicho (risas)” (GD8:35).

6. La distribución de los recursos económicos de la Seguridad Social: fuente de conflicto entre colectivos

Los enfermos renales suponen el mayor gasto para la sanidad pública, este fue el detonante de la discusión. ¿por qué debe financiar la SS.SS. el alto coste de la diálisis y no cubrir todas las necesidades de los parapléjicos (desde sillas de ruedas hasta sesiones de fisioterapia)?, puestos así ¿por qué no financiar las gafas?. Hasta donde debe llegar la financiación pública, con qué criterios, debe cubrir todas las necesidades de la población, estas son algunas de las cuestiones que se plantean en el debate. Debate que nos muestra, en toda su crudeza, la falta de solidaridad y de sensibilidad para con los demás. No sólo los ‘capacitados’ son poco sensibles a las personas con discapacidad, tampoco unos colectivos con discapacidad son sensibles a las condiciones de vida y necesidades de colectivos con discapacidades diferentes a la propia.

F: [...] es importante que siempre el tema orgánico se tenga en cuenta porque dentro del Movimiento Cano, dentro del Movimiento Luna y todo esto, lo físico siempre como que lo conocemos más ¿no?, pero yo ahora digo enfermedad renal y [...] nadie sabe lo que es la diálisis y son muchísimas personas las que hay en diálisis, suponen un coste económico mayor que ninguna otra enfermedad en el sistema público de seguridad social y de sanidad y hay una población muy perjudicada en todos los aspectos, porque es una enfermedad que afecta a todos los niveles

A: ustedes, va a sonar muy feo ¿no? Pero ustedes le costáis el dinero a la Seguridad Social y nosotros se lo damos

F: y vosotros se lo dais...

A: se lo damos porque nosotros pagamos la silla de ruedas, nosotros pagamos los pañales, nosotros pagamos la sonda, nosotros pagamos las bolsas de orina, nosotros pagamos las pastillas, nosotros lo pagamos todo, por eso te digo que suena muy mal, pero ustedes le costáis el dinero a la seguridad social y nosotros se lo damos

F: hombre, es que nosotros, las diálisis es un tratamiento carísimo, la diálisis es un tratamiento que no lo podría mantener ninguna persona o sea...

E: pero que debería también estar cubierto para ellos, por supuesto

A: es más a ustedes os cubre...

Varias voces, murmullos

B: hay cosas que sí, y hay cosas que no. Sinceramente, la silla de ruedas considero que sí y los pañales, por ejemplo, considero que no

E: pero es que son necesidades!

B: si pero las gafas son necesidades...

A: si pero perdonar una cosa, a ver que no es porque yo quiera echarme...

F: ya, ya

A: no, que lo que yo quiero decir es que a ustedes os ponen la máquina, vamos yo porque tengo conocidos con máquina y está la máquina en su casa

F: si, si depende

A: pero a nosotros no nos pagan o sea no nos dan ni... una sesión de fisioterapia! [...]

D: y dicen “¿para que se la vamos a dar?”

A: anda, es lo primero que te dicen, siempre me mandan ¿para qué nos vamos a mentir?

F: dos cosas que quiero aclarar, por favor, necesito aclararlo. Por un lado, nosotros suponemos el mayor coste dentro de la sanidad, pero nosotros somos una mina de oro para farmacéuticas, para centros de diálisis, para hospitales, para gerentes, etc. Porque igual que suponemos, el coste que suponemos es el doble de lo que ellos también ingresan, o sea a los laboratorios nosotros tomamos una media de quince pastillas al día, entonces eso...

E: ¿y la medicación también la tienen que pagar vosotros?

F: la medicación depende de si eres pensionista o no eres pensionista, no todos somos pensionistas, mucha gente estamos trabajando y nos cuesta la medicación. Hay medicación que es que es imposible pagarla. Verás, si vives en otro país, directamente es que no te la proporcionan, pero aquí por el sistema que tenemos es que es obligado, el tema de la diálisis, eh...es tanto el coste, que no lo sé porque tendría

que informarme, pero no creo que ni todo lo que pagáis ustedes no llegue ni a una cuarta parte

A: hombre nosotros, a la Seguridad Social no le pagamos! ¿vale?, pero le pagamos a ortopedia, le pagamos a los laboratorios, le pagamos las pastillas...que, el gasto es el mismo pero me refiero en el sentido, de lo que tu has dicho, "es que nosotros suponemos muchos gastos" y ha sido como una pequeña anécdota, ustedes les costáis el dinero y nosotros se los damos" (GD8:21).

Debate que ilustra también algunas de la dificultades que entraña el diseño de políticas públicas: cualquier medida que se tome a favor de un colectivo, tendrá detractores en los grupos que no se benefician directamente de esa medida. Así somos.

7. Expectativa común: la maternidad

Como la gran mayoría de las mujeres en algún momento de sus vidas, estas mujeres, se plantean la maternidad. Todas las participantes del GD8 (entre 27 y 36 años) han pensado en ser madres: desde las que tienen más dificultades para el embarazo y el parto (paraplejía, glaucoma degenerativo, enfermedad renal) hasta las que tienen menos. Algunas de estas últimas están decididas, las primeras tienen más dudas sobre la viabilidad de su proyecto. Sólo una que tuvo un ‘ataque maternal’ y estuvo visitando las clínicas y poniéndose al día de lo que supondría para ella, ha desistido. Otras de las más afectadas plantean que sería más responsable la adopción pero que también eso lo tienen complicado. Ninguna de ellas se plantea un proyecto vital alternativo, alejado de la maternidad.

A: a mi, un día terminé con un novio y me dio la vena maternal, lo quería. Digo: yo me hago una in vitro de estas porque en la situación que estaba no me va a aguantar ningún tío! (risas) Nadie sabía. Y yo iba a las clínicas, pero claro, por la seguridad social, ¿para qué? Al psicólogo, al psiquiatra, digo, vamos a ver, por dios, yo lo que no hago es andar, pero que yo no soy tonta, ni estoy loca ni majara ni nada. Vamos a ver ique yo sé muy bien lo que quiero! Yo, vamos a todo el mundo lo mandan a eso, pero a mi ya, a mi era ya me faltaba la camisa de fuerza! Digo bueno, me voy a ir a esas clínicas. Allí: ¡es que claro, tu estás en silla de ruedas! y yo digo...(silencio) con un informe de la neuróloga, que yo no tengo ningún problema, ¡eh! Es más, yo era donante de sangre, y a mi no me dejan donar sangre porque estoy en silla de ruedas eh...

D: ¿como si se fuera a contagiar no? (risas)

A: (risas) si, si, esto es como antiguamente...no vaya a ser que el niño te salga con silla incluida! (risas) ¿sabes?, pero que...

A: eso me lo han dicho ahí en el Virgen del Rocío, en la unidad de sangre, esa que está ahí al lado” (GD8:25).

F: yo le he propuesto de hablar con mi nefróloga y a mi no me han dicho nunca no te vayas a...ni me han prohibido ni nada, si me han dicho de forma realista, yo entiendo... hombre, puede ser que te condicione ¿no? Pero también entiendo que por lo menos en mi caso, es de alto riesgo y es mortal, luego tu puedes elegir o no. También en el caso de las mujeres transplantadas, pues igual no les dicen que haya tantos riesgos [...]

B: es que, no te van a imponer que no te quedes embarazada, pero si te dicen “como te quedes embarazada tienes muchas probabilidades de morir”

E: si, pero de ahí a que te planteen las cosas... Murmullos

A: el riesgo en nuestro caso es peor, en sentido de que nosotras ...la hinchazón de las piernas, las escaras que te salen por presión, después nosotras, como muy, muy tarde, un mes antes de que llegue la fecha del parto tienes que estar ingresada

F: claro, igual! En nuestro caso, quien está en diálisis tendría que someterse a diálisis todos los días, tu organismo al no funcionar bien, todos los índices de la sangre están desproporcionados, con lo cual si tu misma no estas bien nutrida porque no eliminas las toxinas por la orina, o sea...

A: los huesos, la osteoporosis

F: la osteoporosis también afecta a nivel de calcio...

A: la circulación porque nosotros quiera que no, las escaras te salen por eso! y tu cuando estas con un bombo así de gordo, si ahora levanto mi culo, para que la sangre me circule para que no me salga una escara, cuando yo estoy con un bombo ¿como tiro de mi?, pues todo eso, por poder, se puede y...vamos, tengo una compañera que tiene dos!” (GD8:8).

G: en mi caso, yo tengo glaucoma que es degenerativo, y con embarazos y demás, se supone que no puedes dar a luz ¿no?, o sea que tiene que ser a través de cesárea entonces si que el día que yo decida quedarme embarazada, si que lo consultaré previamente con mi oftalmólogo y llevaré un seguimiento ¿no? Con un ginecólogo que sé que el día que yo quiera dar a luz, va a ser con cesárea, pero por lo demás...

B: o personas, que sean propensas a tener desprendimientos de retina, pasa lo mismo tienen que tener, ...por el tema del parto

A: le voy a decir a mi neuróloga, que el día que me toque ir a parir al paritorio, me la voy a llevar a ella!

Porque a nosotros terminan pronto: te hacen cesárea y buenos días! Cuando ella misma dice que no hace falta, puesto que en la antigüedad las mujeres parían dormidas en la cama, no tienen porqué empujar, que en mi caso yo si empujaría, ¿no? Que dime tu a mi ¿qué es lo que empuja una persona con la epidural? Nada! Porque yo las he visto en la tele subidas encima y está el enfermero apretando! Lo que pasa es que como es lo más fácil, pum.

D: yo creo que podía haber personal formado en los hospitales, sexólogos, sexólogas que te informen porque ... hay millones de dudas, no hay sitios donde acudir

F: no sé si cambiaré de opinión, pero creo que no me voy a arriesgar a tener hijos porque realmente a veces no puedo tirar ni de mi cuerpo y pienso que para mi sería muy traumático el que naciera un niño afectado ¿no? Porque no se alimenta bien, un feto que no se alimenta bien por mi organismo, que tomo 15 pastillas al día de medicaciones bastante fuertes, a parte de inyecciones etc. Y, yo quiero ser responsable. Distinto es si estuviera transplantada.... Entonces yo creo que es importante también el tema de la adopción. Tengo entendido que en el caso de mujeres con discapacidad, hay más trabas que en el caso de las mujeres sin discapacidad y ahí creo que los sistemas de servicios para adopción, o si es por protocolo público el tema de la adopción, pues tienen que mentalizarse, sensibilizarse, volverse a informar, de que las personas con discapacidad somos totalmente capaces de llevar a cabo la maternidad! Y que ahí está el tema de la política de género porque en el caso de que el hombre tenga discapacidad, no hay problema para la adopción!” (GD8:28).

“B: yo, por ejemplo, soy superindependiente, yo voy y vengo, yo he vivido sola en Madrid ...yo, soy muy independiente, y quiero ser madre y al final lo seré! así sea por inseminación para no aguantar a nadie ni que me aguanten a mi! Pero yo lo reconozco, muchas veces me siento y digo: joder, yo ciega, ¿lo cuidaré bien, sabré...? eso es normal, es que es normal

Varias voces y murmullos

A: esa incertidumbre la tiene la mujer no discapacitada que dice, “¿yo seré una burra para criarlo, yo seré?” (GD8:29).

Entre las ciegas, el nivel educativo, la edad y el grado de discapacidad, condicionan las expectativas respecto a la maternidad. Entre las informantes hay dos que aspiran a ser madres (con baja visión) mientras que otras dos (ciegas totales) no lo tienen decidido, hablan de las dificultades inherentes a la tarea de crianza y no tienen claras sus expectativas en ese terreno. Sostienen no sentir esa inclinación maternal de la que tanto se habla; ese supuesto instinto maternal. Este posicionamiento corresponde a mujeres con alto nivel de estudios (universitarios) que tras una fuerte inversión en educación no están dispuestas al encierro doméstico y optan por la vía profesional. Como la compatibilidad de la vida familiar y laboral es tan compleja o bien se cuenta con la complicidad de la pareja (u otros familiares, abuelas, principalmente) o bien con servicio doméstico (clases económicamente favorecidas). En caso contrario se convierte casi en ‘misión imposible’. No imposible, otra de nuestras entrevistadas, ciega total, tiene dos hijos y trabajo remunerado altamente cualificado (EDF6).

“Sí claro. Yo es algo que además, yo creo que es una de mis grandes vocaciones pero, a largo plazo. No muy tarde, siempre antes de los 30, pero sí. Y además me gustaría tener más de uno porque me encantan los niños, tendría todos los que pudiera, pero como no sé hasta que punto para mi un embarazo será llevadero o no, ya veremos. Depende de cómo me vaya, pues ya veré si tengo más de uno o no. Pero vamos, que lo quiero tener lo tengo claro (EDF4:13).

“I- A mí me da miedo. Yo sí, pero a mí me da miedo tener niños, pero quiero tener dos.

N- todo lo que implica, no ya el embarazo en sí, si no luego criar a los niños y con nuestra discapacidad, y, hay gente que lo hace pero, ¿y si luego no puedo? Porque es que no sé, nosotras con nuestras limitaciones. Lógicamente, el niño conforme crece también se adapta a tus limitaciones, pero al principio es un bebé y ..., a mí me da miedo.

L- A mí también me da miedo.

N- Sobretudo lo he comprobado más de una vez con mi sobrina, cuando me voy con ella al parque o algo,

y cuando se juntan muchos niños...de lejos es que los veo todos iguales. Y me da mucho pánico.

I- Es que se cae y no sabes donde...que no sepas identificar dónde se ha dado...es difícil.

N- el niño se adapta a ti conforme va creciendo, pero siendo un bebé, para darle de comer, para...Yo también tengo mi sobrina, que esta niña no para quieta en el mismo sitio, y a mí me cuesta mucho saber qué está haciendo porque se va para allá y tú no te enteras

I- Yo creo que, en cierto modo, vas aprendiendo también habilidades.

N- Sí, porque vamos, no vas a ser ni el primero ni el último ciego que ha tenido un niño. Pero sí que tienes que ir cogiendo habilidades, saber porque llora, porque ríe... eso es aprendizaje.

E- Pero, ¿no tenéis la decisión tomada?

I- Yo sí quiero, pero ahora mismo no puedo.

N- Yo no. Bueno, y que yo con la edad ya mismo, yo tengo 32. Me quedan años pero..., que tampoco puedo esperar mucho. Pero eso, a mí me paraliza mucho eso. Yo creo que ahora, desde que mi hermana ha tenido a la niña, lo analizo más todavía.

L- A mí el tema de la maternidad también me da miedo. Tienes que tener una pareja que te apoye muchísimo más que una persona que no tiene ninguna limitación. Tienes que tener más ayuda, a parte de familiar, de tu pareja, tienes que estar muy, muy segura de la persona que tienes a tu lado. Que conozca bien tus limitaciones, las responsabilidades. A mí me gustaría también, antes no me gustaban los niños, pero desde que tengo dos sobrinos, como que se va notando más cercano, es como si es mío..., te da un poco... pero bueno, no sé [...]

I-Para mí, es como una meta más, como alcanzar algo más. Como un obstáculo, si lo ves así también, como que tienes que ser capaz de superarlo, no sé. No sé, yo por lo menos lo veo así, yo pienso que sí que sería capaz, la verdad es que no..." (GD9:10).

Es decir, en este colectivo, la lucha es más por poder decidir: poder negarse a abortar y poder optar a la maternidad que lo contrario.

"Yo estaba en la plataforma pro-derecho de aborto, y yo lo que sostengo es el derecho de la mujer a decidir, dentro de los plazos legales, pero a decidir, tanto que sí, como que no. Como cualquier mujer, una mujer con discapacidad tiene que tener la posibilidad de decidir. Normalmente, llevo 20 años trabajando con mujeres con discapacidad, por mi experiencia te puedo decir que en un porcentaje altísimo, la mujer con discapacidad que quiere ser madre es disuadida de todas las formas posibles" (EDF6:1).

"E-De la maternidad ¿qué piensas?

C- que me gustaría, no lo veo una puerta cerrada. De eso sí me he informado, ves tú [no sobre anticonceptivos]. En mi situación hay una que ha dado a luz, por cesárea claro, no puede ser natural y en una revista que nos envían, se ve" (EDF1:4).

IV. CONCLUSIONES: PROBLEMÁTICAS COMUNES, SOLUCIONES ADAPTADAS

La convicción de saberlo todo, tener mucha experiencia y ser inmune a todo (a mi no me va a pasar; por una vez, no pasa nada) es compartida por los de menor edad: chicas y chicos. Con estas premisas no es extraño que el recurso a la marcha atrás esté tan generalizado. No sólo entre los menores, la marcha atrás es un ‘método tradicional’ al que recurren todos los colectivos analizados, en algún momento, en combinación con otros métodos o en exclusiva, con mayor o menor frecuencia pero, recurren. En definitiva, el uso de la marcha atrás está mucho más extendido de lo que reflejan las encuestas, probablemente, por la poca legitimidad del método y por su uso combinado con otros métodos. Aún siendo ésta una práctica común presenta variaciones entre los grupos poblacionales analizados, respecto a la insistencia en su uso, los argumentos y las lógicas en que se fundamentan.

Entre las chicas menores de 21 años que mantienen relaciones sexuales coitales, se utilizan el preservativo y la marcha atrás, sucesivamente. Respecto al condón se plantea el rechazo (o la resistencia) de los chicos por placer y, la condescendencia de las chicas como manifestación de la confianza depositada en su chico; como estrategia para ganarse su ‘amor’. Así, la marcha atrás se convierte en una muestra de la confianza de las chicas: confían en él, en su palabra de que ‘se va a salir a tiempo’. Esta dinámica que lleva a pasar del condón en la primera relación sexual, a la marcha atrás, cuando la relación se estabiliza mínimamente, es una de las claves para intervenir con esta población. Es una población concienciada en la prevención que se deja llevar por un ideal romántico (entre ellas no predomina la defensa del placer, están preocupadas por demasiadas cosas como para disfrutar). Este recurso al método natural de la marcha atrás, se ve reforzado por la disminución de la percepción del riesgo, a medida que van teniendo experiencia, se van relajando, despreocupando.

Ahora bien, aquellas chicas que han incorporado la lógica preventiva y no se dejan llevar fácilmente por la ‘ideología del romance’, muestran resistencia a los chantajes de los chicos que pretenden imponer la lógica del placer (no usando el preservativo), sobre la lógica preventiva (usándolo). Son aquellas más seguras, más racionales y previsoras, las que han hablado del tema sin tapujos y han cultivado el empoderamiento o son mayores; ‘más maduras’, dicen ellas. Éstas, además, reclaman a sus homólogas que tampoco ellas cedan al chantaje, porque si ceden nunca cambiará nada.

A medida que aumenta la edad observamos una nueva dinámica: si la relación se estabiliza, del preservativo y la marcha atrás, se pasa a los métodos hormonales, que delegan toda la responsabilidad en las chicas y suponen un alto grado de confianza en la pareja, porque no protegen de las ETS. Esta lógica la ponen de manifiesto tanto los universitarios como las mujeres maduras (con y sin discapacidades). Es una lógica generalizada en las parejas de más de 25 – 30 años.

No obstante, son numerosas las representaciones colectivas contrarias a las anticoncepción hormonal: delegan toda la responsabilidad de la mujer y es muy ‘agresiva para el organismo’, producen efectos secundarios tanto físicos como estéticos y psíquicos. Según sus representaciones la anticoncepción hormonal conlleva: riesgo de esterilidad a largo plazo, problemas circulatorios, cambios de peso, cambios de humor, etc. Así, son numerosas las mujeres que rechazan la idea de estar “toda la vida medicándose”: unas por estética y otras por salud: “ingerir cualquier medicamento, es malo” ; “la química altera el organismo” y por un posicionamiento ‘naturalista’ que defiende que el organismo es sabio y no necesita ningún preparado químico adicional.

Por tanto, el uso de unos métodos anticonceptivos u otros depende de: la conciencia preventiva, la confianza y la estabilidad de la relación. Y, el abanico de métodos utilizados es muy limitado: preservativo, marcha atrás y píldora.

Sólo entre las universitarias (con o sin discapacidades) son conocidos algunos de los nuevos métodos, aunque no todos ni con precisión sobre su composición y posibles efectos secundarios. Es significativa la

poca difusión del parche y del implante. Estas chicas tampoco llegan a realizar comparativas equilibradas entre los beneficios / perjuicios que cada tipo de anticonceptivo (incluida la PAU) y una posible IVE, tienen sobre su organismo. Las universitarias, y algunas de ellas con discapacidad, fueron las únicas que debatieron sobre el preservativo femenino (descrito como “una bolsa del mercadona”). Ni entre las mayores hay información clara sobre su uso, precio o acceso. Las pocas que lo conocen sostienen que presenta incomodidades en su uso, es aparatoso y antiestético. No obstante, algunas ven en él una opción para la mujer ante la negativa del varón al uso del preservativo masculino, con la ventaja añadida de que no afecta a la erección. Además, apuntan, puede ser una gran herramienta para el empoderamiento de las mujeres ya que aumenta su autonomía en cuanto a la protección de infecciones y de embarazos no deseados.

Pocas mujeres adultas (con y sin discapacidades) manejan información actualizada y precisa. Más bien, participan de ‘los lugares comunes’ que circulan sobre anticonceptivos; ratificando una y otra vez los mitos y falsas creencias: el uso prolongado de la píldora puede provocar esterilidad, engorda; no se puede usar el DIU siendo nulíparas (incluso entre el colectivo más aislado, el de las auditivas, circulan estos mitos). Tampoco se conoce bien la duración de uso del parche ni del anillo y asocian la PAU a los grupos más jóvenes. La dinámica que se observa entre las adultas es la inversa : las dificultades que supone pasar de la anticoncepción hormonal (abandonada temporal o definitivamente por múltiples motivos : descansos, efectos secundarios...) al preservativo, llevan a estas mujeres y sus parejas a apostar por la marcha atrás. Volver al preservativo se vive como un retroceso en la relación. Contribuyen también a crear confusión, de forma indirecta, los saberes populares sobre el ciclo menstrual, la ovulación y los periodos de riesgo de quedarse embarazada.

Muchas de nuestras informantes piensan que la PAU sólo concierne a las chicas menores, y que sólo se puede usar inmediatamente después de una relación desprotegida. Ellas confirman dinámicas ya puestas de manifiesto por otros autores, como: el proceso de re-evaluación del riesgo que sigue a una relación sexual sin protección y que contribuye a no usar la PAU o no usarla bien, aun sabiendo que existe (Moreau, 2005). En esta re-evaluación que conduce a aminorar la percepción del riesgo y a esperar que todo vaya bien, intervienen varios elementos ‘clásicos’ : no saber donde conseguirla, temer sus efectos secundarios, etc. En muchos casos estas situaciones se podrían resolver facilitando información sobre el acceso y las características del producto.

Los colectivos de mujeres con discapacidad se enfrentan a las mismas barreras que el resto de la población además de las barreras asociadas a sus condiciones específicas. Sus planteamientos, reivindicaciones y debates apuntan a las barreras de concienciación que dificultan su comunicación con los demás. En general, sus luchas apuntan más a lograr mantener relaciones que a protegerse ; a lograr el acceso a la maternidad antes que al aborto voluntario ; por el derecho a ser tratadas como iguales, por la inclusión... Ahora bien, una vez superadas las primeras barreras y disfrutando ya de su vida sexual se enfrentarían a las mismas barreras, experiencias y dinámicas que el resto de la población multiplicadas por las barreras específicas para cada colectivo: cada uno multiplica sus barreras específicas por las comunes. Así, las mujeres con discapacidad motora exigen un entorno accesible y solicitan información sobre posturas y estrategias para disfrutar de su sexualidad sin complicaciones. Respecto a los anticonceptivos precisan información adaptada a sus realidades, sobre incompatibilidades médicas y sobre los efectos de la medicación en el deseo sexual (igual que aquellas con discapacidad orgánica). Las mujeres con discapacidad sensorial se enfrentan a barreras específicas de comunicación. Para estos colectivos, la mayor dificultad es el acceso a la información y a una comunicación fluida sobre los temas que les interesan. Especialmente en la adolescencia, la información sobre aspectos tan personales e íntimos como la anticoncepción debe ser personal y autogestionada: no resuelve el problema el que un tercero les explique. Los esfuerzos se encaminarán pues, a hacer accesible toda la información que se edite: haciéndolo en audio para las visuales y en lengua de signos para las auditivas.

Téngase en cuenta que estas son las barreras para las más escolarizadas. Barreras que afectan mucho más a las que tienen menos estudios, menos seguridad en sí mismas y viven más aisladas (medio rural) y alejadas de los circuitos institucionales.

La problemática de los chicos menores de 21 años es común a la de las chicas de su edad, en cuanto perciben que lo saben todo, cuentan con experiencia y a ellos 'no les va a pasar nada'. Entre ellos, los más alejados de la lógica preventiva, adoptan el rol de principales propulsores de la práctica de la 'marcha atrás', por placer: la espontaneidad, la excitación del riesgo, el contacto piel con piel... No obstante, entre los chicos de clases populares y del medio rural también hay algunos que han incorporado la lógica preventiva.

Los chicos más concienciados de la conveniencia de usar preservativos y que más uso hacen de las medidas preventivas, lo hacen por proteger su miembro máspreciado: el pene. Esta preocupación masculina que mostraban los datos cuantitativos es confirmada por quienes sostienen usar siempre preservativos por salud (para prevenir infecciones). Recordemos que entre ellas la principal preocupación es el embarazo. Sólo entre las chicas de clase socio-educativa más elevada, algunas participan de la preocupación de los varones por prevenir las ETS.

Ahora bien, esa conciencia preventiva, en caso de existir, no se muestra abiertamente, hay que conjugarla con el tradicional concepto de masculinidad: aquel que lleva al chico a 'follar' cuanto más y más temprano, mejor. En esta línea, aunque el chico tenga incorporada la lógica preventiva, prefiere que sea la chica quien exija el preservativo en vez de ser él, el 'hombre', quien renuncie a mantener una posible relación sexual. Por tanto, confían en que sean ellas quienes les frenen en caso de no tener preservativos, de este modo no tienen que renunciar a su hombría ni arriesgarse a tener relaciones poco seguras (cuando están convencidos de la conveniencia de prevenir).

No se observan pues, indicios de corresponsabilidad, implicación y solidaridad con las compañeras. Al contrario, la socialización diferencial, la división de roles y expectativas es tal que parece que estuviéramos ante situaciones sociales antagónicas. Sueltas, facilonas, guarras, guarrillas, ligeras, cerdas, zorras, golfas y bestias, así designan estos chicos de clase obrera y del medio rural, a las chicas que, suponen, optan por disfrutar de su sexualidad. Por oposición están las chicas tímidas, cortadillas y vergonzosas. Siguiendo la tradición, estos chicos sostienen preferir a las segundas aunque "no se dejen" pero mantienen relaciones sexuales con las primeras. Continúa pues vigente la vieja lógica machista que incluye esa doble moral que juzga de forma desigual a unas y otros; que 'utiliza' a unas chicas para diversión y a otras para 'casarse' (los chavales de clase obrera y del medio rural, hablan de casarse).

Entonces, ¿cómo explicar el alto grado de concienciación sobre la conveniencia de usar protección en algunos de estos chicos menores de 21 años? Su discurso preventivo, podría proceder de la fuerte relación que mantienen sus familias con las instituciones públicas. La madre de E9, debido al hermano con discapacidad, mantiene una fuerte conexión con el sistema sanitario y con el sistema educativo, con los servicios sociales y las asociaciones. A través de ellos, logró su trabajo en la lavandería de un centro para discapacitados... lo que unido a la buena relación del chico con su madre (a la que admira), contribuye a la transmisión de saberes y valores. Facilitando, esa proximidad a los circuitos institucionales, la interiorización de la lógica burocrática allí imperante: planificación, posposición de gratificaciones, tiempos de espera, prevención, inversión ... El otro chico con discurso preventivo es el escolarizado en un centro del Opus (E16) que fue contactado a través del Centro de la Juventud de su pueblo, lo que supone un punto más de conexión con la lógica institucional, burocrática, y su forma de funcionamiento.

Esta hipótesis se ve confirmada por las practicas de las chicas con discapacidad visual. Pudimos observar como entre las universitarias ciegas el recurso a la marcha atrás era casi anecdótico. Estas chicas además de su larga trayectoria académica cuentan con la ONCE como punto de referencia. Esta organización burocrática es fundamental en sus vidas: aporta todo tipo de servicios y apoyos (ordenadores adaptados, libros adaptados...), imparte cursos y talleres, organiza convivencias y, en definitiva, inculca en sus afiliados esa lógica preventiva que conduce, en nuestro campo, a las relaciones sexuales protegidas.

Otra dinámica que podría contribuir, en ocasiones, a la incorporación de la lógica preventiva y al uso de anticonceptivos es la proximidad a alguien que se ha visto sorprendido por un embarazo no deseado o una

ETS. La experiencia próxima, contribuiría a aumentar las medidas preventivas, actuando como instrumento de concienciación. Así actúan las madres adolescentes, esforzándose por inculcar esa lógica preventiva en sus hijas, ahora adolescentes, para que no tengan que pasar por la misma experiencia que ellas (aunque con distinto éxito). Pero, esa proximidad no es una condición suficiente; no garantiza que los próximos lo utilicen, para ello es necesaria la experiencia personal. Así lo muestra el caso de E8 (chica con familiares con SIDA que no utiliza ningún método anticonceptivo, nada).

Llegamos así a quienes pueden propiciar la emergencia de un verdadero diálogo sobre el tema y pueden aportar conocimientos concretos y claros: los sanitarios. No son los únicos pero las experiencias de nuestras informantes, muestran el peso que tienen para ellas las palabras de los médicos y como se apropian (y hasta qué punto) de los saberes expertos. Lo que dice el médico (de atención primaria o ginecólogo/a), cuenta mucho: tanto para abrir perspectivas a nuevos métodos como para animar a la perseverancia en el uso de los clásicos. Sin olvidar que, en ocasiones, sus palabras sirven para desorientar o restringir las posibilidades de acción de las usuarias. Son también sus comentarios e informaciones las que pueden relativizar el peso de prácticas profanas que ponen a las mujeres en situación de vulnerabilidad anticonceptiva (el famoso descanso de la píldora, que responde tanto a sus preocupaciones sobre los efectos de la toma a medio plazo como a ideas muy comunes sobre la conveniencia de procurar una pausa al cuerpo...). Por otro lado, los profesionales sanitarios actúan situándose, en ocasiones, muy lejos de las condiciones de vida de las mujeres con hijos, trabajo remunerado y poco capital cultural²⁹. Para estas mujeres es muy complicado cumplir con los protocolos que exige la píldora anticonceptiva y, existen alternativas más fáciles de usar y que resultan, por tanto, más eficaces. Ese fuerte desajuste entre las prescripciones médicas y las condiciones de vida sexual y afectiva de las usuarias, crea situaciones paradójicas que ellas tienen que asumir y gestionar³⁰.

Insistimos en la idea de que el personal sanitario ni recomienda ni prescribe con regularidad, los métodos anticonceptivos más modernos (parches, anillos...) ni los métodos altamente eficaces y de larga duración (implantes, inyectables ...). Con frecuencia, aquellas mujeres que recurren a las consultas siguen recibiendo asesoramiento sobre el preservativo (si tienen relaciones esporádicas) y la píldora (si mantienen relaciones estables). Tampoco las mujeres con patologías específicas reciben asesoramiento adaptado a sus condiciones físicas. Es preciso sensibilizar, formar y actualizar los conocimientos del personal dedicado a atender la salud sexual y reproductiva en el sistema andaluz de salud.

La confusión organizativa es otra de las principales barreras a la anticoncepción detectadas. Actualmente es muy difícil saber a quien recurrir para solicitar información sobre anticoncepción: la mayor parte de las mujeres siguen pensando y hablando de los centros de planificación familiar (integrados hace años en atención primaria; desaparecidos, por tanto). Alguna incluso nos relataba su odisea particular para intentar localizar uno de estos centros en Sevilla. Sea la que sea, la forma de organización de la atención a la salud sexual y reproductiva, la población necesita tener claro dónde y a quién acudir para estos temas. Si se mantiene el sistema actual que hace recaer la responsabilidad en los Médicos de Familia, en atención primaria, hay que publicitarlo además de intentar dotar a estos profesionales de materiales para hacer frente a la tarea con precisión y eficacia (ver Informe 1)³¹ y, dotarlos de mayor consideración y prestigio social. No parece recomendable cargar de trabajo a un colectivo a cambio de nada, por lo menos, merecen el reconocimiento de la organización.

Otra barrera sanitaria puesta de manifiesto reiteradamente y que reclama una solución inmediata es la lentitud de la organización sanitaria para la implantación del DIU (peor aún si hablamos de los implantes pero, como estos no se conocen ni se publicitan tampoco se solicitan). Algunas de las entrevistadas han

29.- Este desajuste justifica la elaboración de guías de buenas prácticas para el personal sanitario.

30.- Recuérdense, por ejemplo, los casos en que las mujeres acuden a los servicios de salud solicitando con urgencia el DIU, tras una IVE, y se les aconseja el preservativo...

31.- Gómez Bueno, Carmuca; Bretin, Hélène y Puente Navas, Rocío (2011), Anticoncepción en Andalucía. I-Representaciones, discursos y prácticas profesionales, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla [en red].

vivido situaciones escandalosas (aplicación de protocolos obsoletos, listas de espera interminables, demoras de meses), persiguiendo como único objetivo un triste DIU. La lentitud de estos procesos lleva, en ocasiones, a embarazos no deseados y las consiguientes IVEs. Es decir, la parsimonia del sistema participa en el aumento de las estadísticas de IVEs, cuando se precisan más de 6 meses para la implantación de un DIU.

Para terminar, pensemos en la ambivalencia de los métodos hormonales modernos. Si por un lado, contribuyeron al reconocimiento y la aceptación del derecho de las mujeres al placer sexual, por otro, contribuyeron a que se consolidaran las representaciones de la sexualidad coital y de la penetración sin condón como la máxima expresión de la sexualidad y del placer. En el marco de la relación estable, supuestamente sin riesgo de contraer una ETS, con poca difusión del DIU (y casi ninguna del resto de métodos de larga duración), resulta complicado controlar la situación cuando se rechazan o abandonan los métodos hormonales. Nos resulta difícil comprender porque a éstas mujeres que intentan controlar su natalidad pero muestran serios problemas con las prácticas anticonceptivas cotidianas y regulares y que consultan con los profesionales sanitarios, no se les aportan soluciones eficaces.

V. PROPUESTA DE ACCIONES ESTRATÉGICAS

1- Dirigidas a toda la población

Publicitar y dar a conocer la forma de organización del sistema de atención a la Salud Sexual y Reproductiva, en Andalucía. Si esta responsabilidad recae sobre los médicos de familia, dotar a estos profesionales de materiales actualizados (resúmenes periódicos) para facilitar su práctica profesional.

Arbitrar algún sistema que contribuya a aumentar el prestigio de los médicos de familia: desde los requisitos para acceder a la especialidad hasta la disminución de sus cupos, pasando por la compensación económica. Cualquier medida que se tome a favor del colectivo repercutirá favorablemente en su consideración social.

Arbitrar sistemas que contribuyan a agilizar la colocación de DIUs e implantes subcutáneos. Bien derivando esta tarea a las clínicas de IVEs hasta acabar con las listas de espera, bien formando a los médicos de familia para que sean ellos quienes se hagan cargo en las consultas, bien ampliando la contratación de especialistas en ginecología... Este tema reclama una solución inmediata.

Incentivar la difusión de métodos modernos (anillos y parches) y de métodos de larga duración y altamente eficaces (implantes, DIUs, inyectables). La oferta de los laboratorios es enorme pero el personal sanitario ni lo publicita ni lo recomienda.

Estudiar la posible financiación de los métodos modernos y altamente eficaces cuyos precios resultan prohibitivos para buena parte de las parejas de las clases populares.

2- Dirigidas a las y los menores de 21 años

Apoyar, incentivar y expandir el Proyecto Forma Joven. Generalizando el diseño a todos los centros de secundaria y empezando en cursos cada vez más bajos. Implicando a los estudiantes universitarios para, con el apoyo de los profesionales, llevar la iniciativa a todos los centros del territorio andaluz.

Otra opción sería incluir en el currículo de secundaria la educación afectivo-sexual y, delegar esta tarea en el profesorado de secundaria. A los menores les gusta recibir información sobre el tema en el instituto, lo reclaman³². Además de implicar a otras instituciones y asociaciones que trabajan con estos colectivos: Centros y Asociaciones de Jóvenes, Clubs y Federaciones deportivas...

Crear un proyecto similar a Forma Joven para intervenir en los centros de primaria: profesores, médicos, estudiantes, sexólogos, AMPAs ... e incluso los iguales, serían los encargados de organizar, diseñar e impartir las charlas.

Generalizar la educación afectivo sexual de modo que llegue a las y los menores de los centros y las familias más religiosos. También a los centros concertados religiosos y privados; llevar las campañas hasta ellos.

Incluir, entre los contenidos de estas charlas e intervenciones, la educación afectivo – sexual, dando a

32.- “más campañas o simplemente que el tutor llegue y te diga pues mañana, vamos a dar una clase sobre orientación sexual. La tutoría que no sirve para nada, pues vamos a dar una clase de orientación sexual y vamos a repartir condones y ahí están todos: gua, tío, yo quiero los condones. Pues mira, ya has conseguido la alegría, aguantáis toda la charla y después os doy los condones. Las tías menos, porque ya te digo que se lo toman de otra manera [...] y aguantas la charla y, al obligarte a escucharla, con algo te has quedado” (E9:21).

“dar más conferencias y tal, pues lo que es meter más a la gente por el camino, ¿no? correcto, de mira, tenéis que... si lo hacéis en plan relaciones, tenéis que utilizar esos medios no sé qué, más conferencias no sé, hablar más al público “ (E16:13)

conocer las relaciones eróticas no coitales. Difundiendo la idea del placer y del disfrute al margen de la penetración. No limitar la información a los anticonceptivos.

Trabajar con las chicas: la autoestima, autoafirmación, la aserción anticonceptiva para que sean capaces de exigir el uso del preservativo, colaborando así con sus compañeros. Trabajar con los chicos la responsabilidad anticonceptiva. Luchar contra: la vergüenza que sienten las chicas para hablar sobre sexualidad, consultar o adquirir anticonceptivos y, contra la visión tan pornográfica que tienen los chicos, su desconocimiento y su falta de recursos les lleva a planteamientos muy burdos, simples y reducidos a la penetración.

Implicar a los menores en el diseño y la difusión de materiales. Esto podría hacerse a través de concursos en los centros de secundaria obligatoria (de 1º a 4º de ESO), por un lado, y en los centros de bachillerato y FP, por otro. A través de concursos de ideas y diseños para la difusión de la educación afectivo-sexual, se fomenta la discusión, el diálogo, la búsqueda de documentos, la elaboración de los contenidos ... se puede aprender mucho y contribuir a la difusión de la información. Esta iniciativa conlleva un coste mínimo y se puede poner en marcha ya.

Acercar los preservativos a los centros de secundaria (poniendo o autorizando la colocación de máquinas expendedoras) y, reducir su precio de venta al público, o proporcionarlos gratis.

3- Dirigidas a población con discapacidad

Diseñar y aplicar políticas Pro-Activas de captación de mujeres con discapacidad para que vayan al ginecólogo: escribir una carta y llamar por teléfono dando una cita para ginecología y ofertando las pruebas que pueden realizarse y sus ventajas preventivas.

Garantizar la accesibilidad a todos los centros hospitalarios y de salud: simultáneamente, se trabajaría en la adaptación de los centros. Como veíamos es más cuestión de concienciación que de presupuestos, con un taburete regulable se puede acceder al mamógrafo...

Formar, informar y persuadir a los médicos de familia y ginecólogos para que desarrollen habilidades para tratar la anticoncepción con la población con discapacidad.

Sensibilizar a los profesionales para que procuren un trato respetuoso, amable y normalizado a las mujeres con discapacidad. Como seres sexuados deben ser informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Diseñar campañas de concienciación en las que estén implicados todos los colectivos de personas con discapacidad³³: sus aportaciones son fundamentales.

Fomentar que la mujer con discapacidad ocupe el espacio público porque muchas veces está recluida. Por supuesto, las asociaciones son un punto fundamental para llegar y movilizar a estos colectivos pero no son la única vía ni todas las personas están integradas o en comunicación con alguna asociación. Es preciso llegar también a las personas que viven al margen de las asociaciones y que estas hagan campañas de captación con cierta regularidad.

33.- "B: dar una mayor información ¿no? Desde nuestro punto de vista...ser más relajadas cuando pasa una cosa así, que la ignorancia" (GD8:34).

"B: tenemos que eliminar tabúes! desde el punto de vista de la sanidad, menos tabú, menos tontería, y más realidad. Hay mucho tabú, por ejemplo: el rollo de usar la palabra invidente en vez de ciego. Qué tontería! A la tontería se le va sumando una tontería por aquí, una tontería por allá y al final es que te da miedo hasta tocar a la persona, porque se te rompe (risas)" (GD8:35).

Normalizar: "simplemente, que en este aula hay una persona con discapacidad, pues hablemos de la discapacidad y de la sexualidad igual que estoy hablando del método anticonceptivo, con la misma naturalidad, simplemente, que se integre dentro de esa actividad" (EDF4:15).

Crear convenios y colaborar con las propuestas e iniciativas de las asociaciones. La asociación de parapléjicos celebra un taller sobre “Sexualidad, maternidad y paternidad en la lesión medular”. También la Fundación ONCE realiza talleres y convivencias. La Federación de Asociaciones para la Promoción de la Mujer con Discapacidad LUNA Andalucía realiza, en Huelva talleres de sexualidad para las mujeres y, en otras provincias realizan talleres de autoestima e investigaciones sobre violencia de género y la Ley de Dependencia. Sería interesante apoyar y extender estas iniciativas, crear convenios y colaborar con las asociaciones en la concienciación y difusión de información³⁴.

Fomentar la investigación en este campo. Son numerosos los colectivos por investigar en profundidad, en especial las mujeres con discapacidad del medio rural confinadas en sus casas, sin estudios y sin redes de apoyo personales ni profesionales.

34.- “I- Más que nada por tener más información, porque, es lo que, vas a unas convivencias [de la ONCE], y ves que la gente está, pero desmadrá, no sé... es impresionante vamos [...]. Antes de ir. Yo sí lo pondría, yo sí. Pero más que nada por información, por prevenir, no sé...

N- Sí, también hay gente que aunque parezca que no, a lo mejor tienen 18 años y no sabe lo que es el tema. Y a lo mejor si les das una previa información pues saben que tienen que utilizar el preservativo, yo que sé, que a lo mejor ni se lo plantean, porque no tienen esa educación” (GD9:12).

VI. PROPUESTA DE CAMPAÑAS INFORMATIVAS

1. Dirigidas a CHICAS menores de 21

Formato folleto: serviría para informar tanto al alumnado como a sus familias. Folletos distribuidos y explicados en clase, se llevan a casa, y, en situaciones de confianza, se comentan con alguno de los progenitores. Es un modo de implicar a las familias con menos capital cultural en la educación afectivo sexual de los vástagos³⁵.

Formato audiovisual, también : claro, explícito y con testimonios reales de gente de su grupo de edad (si son su principal referente, deben ser los protagonistas)³⁶.

Contenido: el mensaje no debe ser prohibicionista. La prohibición funciona como provocación. Se trataría de asesorar, dar información y dejar la decisión a la menor. El asesoramiento dirigido a las chicas hará referencia a no confundir confianza con des-protección ; marcha atrás con métodos anticonceptivos eficaces ; chicos que quieren hacerlo ‘a pelo’, con chicos que ofrecen confianza. Insistir en que éstos están deseando que les exijas el preservativo, quienes lo rechazan, no comparten sus inquietudes y preocupaciones, no les interesan porque son tremendamente egoístas. Es decir, para asesorar deberíamos ir más allá del ‘póntelo, pónselo’, aportando argumentos y explicaciones sobre los posibles riesgos de determinadas infecciones...

E insistiendo, con las chicas, en el empoderamiento, la asertividad anticonceptiva, la auto-estima, la corresponsabilidad anticonceptiva ...

Algunas ideas para comenzar y completar con información adicional:

“pónselo, no es cuestión de confianza”

“protégete, es tú derecho”.

2. Dirigidas a CHICOS menores de 21

Formato folleto: entre los chicos encontramos posiciones encontradas, unos sostienen que los folletos no se leen³⁷ mientras que otros defienden que debería informarse más y mejor y que cualquier medio es bueno para ello. Tal vez, una historia en formato comic.

Formato televisivo : algunos no leen pero todos ven la televisión. Este medio es el más admirado y el considerado más apropiado por los chavales, para hacer campañas:

“en la tele, anunciar condones, y ni horario infantil ni pollas. Si antes o después se van a enterar los niños, y tienen que saber lo que es y dónde pueden conseguirlos y dónde lo pueden comprar y cuánto le va a costar y para lo que sirve, y ya está ¿sabes?”.

“en los medios de comunicación se informe muchísimo más y también en institutos”.

35.- “en el colegio, todos los libritos siempre los he ido guardando, lo he ido mirando, yo con mi madre lo comentamos, lo hablamos, mis tías... que yo siempre he tenido información” (E6:12).

36.- “yo creo que mejor video, claro y explícito, no tonterías para evadir. Sí, sí, que tanto evadir ... siempre habrá algún infantil que se ría, pero siendo claro y llamando la atención” (E5:17).

“para que la escuchéis y que sepan que son de personas normales y de chavales que estudien, también me valdría un video o algo” (E6: 20).

“los testimonios a mí me llegaría y me lo creería más y utilizar lo que hablamos entre nosotros, antes de llover chispea, ya no te dicen más ná”.

37.- “no veo que te den un folleto, porque vas a pasar del folleto como de la puta mierda, y, ya te digo, con todo esto de Internet pues la gente lo tiene muy fácil para informarse”.

En Internet: introducir una guía similar a la ‘guía del eyaculador responsable’ (ver <http://www.fundacion-desafio-ec.org>) en tuenti, facebook ...

Contenido dirigido a población masculina: dada la preocupación por proteger su pene, por evitar las ETS, el mensaje debería hacer hincapié en las ventajas del condón para evitar el contagio:

“envuélvelo para regalo”

“protégete, es para siempre”

“protege-la”

“ellas lo prefieren ‘con’, hazlo con condón”

“ante la duda, actúa. En tú centro de salud está la respuesta”

Aunque después, se haga referencia a la corresponsabilidad, a que es cosa de dos y hay que preocuparse también por el otro. Lo principal, para llegar a los chicos es insistir en que es su propia salud la que está en juego cuando mantienen relaciones sin condón³⁸.

3. Dirigidas a la población general: chicos, chicas y personas de edad, con y sin discapacidad

Diseñar una campaña con madre (joven) e hija y/o padre / hijo como protagonistas, aprovechando la complicidad entre ambos y contando sus experiencias sobre el aprendizaje, las ventajas de la comunicación y de la educación afectivo-sexual. Se trataría de fomentar la comunicación en la unidad familiar, y, cuando se presentan dudas, remitir a los profesionales sanitarios.

Diseñar una campaña que muestre los testimonios de mujeres y varones de varias edades contando sus experiencias, dudas.... Desmontando mitos y falsas creencias y evitando referencias estereotipadas a la juventud³⁹.

Los siguientes mensajes son ‘unisex’, tanto ellas como ellos tienen el derecho a llevar y exigir el preservativo sin ser descalificados. Pensamos que no deben ir dirigidos a un grupo concreto, sería una idea a extender entre la población general.

“No te compliques, llévalo”

“No te compliques, proponlo tú”

“No te mojes, antes de llover chispea”

4. Dirigidas a población con discapacidad

Diseñar y lanzar una campaña informativa sobre anticonceptivos con recomendaciones concretas para cada colectivo con discapacidad⁴⁰ (contenidos que presentamos en el Informe 1).

38.- Incluso uno de los participantes apuesta por publicar una foto del miembro con una ETS: “HUF: enseñaría una foto de un pito con una cistitis, y una candidiasis de esas buenas... o sea con hongos, y con infección, o sea con la piel resquebrajada que se vean las llagas y todo lo que te sale ahí. Yo creo que eso simplemente, mira no es ni por el SIDA, mira cómo se te puede quedar el pito...” (GD4: 38).

39.- “la campaña que hicieron hace poco del ministerio de educación o no sé qué, sacaron a gente joven, ya más que adolescentes, ya un poco más gordita, rapeando una canción sobre eso... no es la manera porque estás avergonzando. Yo no me siento identificado, a mí me avergüenza ver cosas de esas y aparte estás avergonzando al resto de la juventud. Es decir, tú te crees la gilipollez, están haciendo, como que están haciendo algo moderno ¿sabes? los del gobierno intentan ser guays y hostias me estas diciendo porque ponerse el condón, me lo estás diciendo con un rap, ¿qué te piensas, que yo soy gilipollas? (E9:27).

40.- “ F: las publicaciones que se ven son siempre publicaciones de tipo generalista, o sea, tipos de medios anticonceptivos: tal, tal y tal y eso...puede dar lugar a que alguien que desconozca, porque a mí nunca me han informado directamente en la sanidad hasta que no lo he preguntado, pues puede dar lugar a que personas a las que no les venga bien tomar eso, lo tomen, entonces acceso a algún tipo de publicidad, que se tenga en cuenta la particularidad, vamos! Personas con tal y tal o incluso hacer publicaciones específicas!” (GD8:35).

Esta campaña sería realmente accesible a todas/os. Para ello, debe editarse además de en papel con letras grandes (para la población con baja visión), dibujos y gráficos (para hacerlo muy visual y atractivo para las sordas y demás población con problemas de lecto-escritura), en CD de audio con portada y folleto de presentación en braille (para visuales), y, en CD en lengua de signos (para auditivas).

La sexualidad en relación a la discapacidad se trata mal. Y se trata mal por varios motivos: ni se enseña como alumno (en medicina o educación especial, aspecto ya contemplado por la Ley 2/2010 y que confiamos empiece a impartirse pronto en las universidades) ni se investiga. Por tanto, tampoco se informa a la persona con discapacidad⁴¹. Y, cada colectivo presenta unas necesidades específicas en cuanto a información, comunicación y sexualidad.

“que los discapacitados existen, que no los vamos a eliminar del mapa, y que, aunque nos cueste aceptarlo, tienen una vida sexual como cualquier otro. Entonces, necesitan formación e información como cualquier otra persona de esta sociedad” (EDF4:18).

Estas mujeres reclaman más atención a la sexualidad para ayudarlas a conocerse y a disfrutar. Sostienen necesitar más información personal y directa⁴², ni páginas web ni charlas. Reclaman algún sistema de consultoría, algo similar a Forma Joven: charlas pero también tiempo y personal al que consultar, porque como bien expresa una de nuestras informantes, con: “llegar allí dos horitas, contarme las cosas más así, a rasgos generales, de la educación sexual, no va a hacer que yo me comporte sexualmente de forma responsable. Es que, es tan obvio” (EDF4:15).

41.- “vamos a ser realistas, mis necesidades, a ese y a otros niveles de la vida, no son las mismas que las de una persona que ve, porque no lo son. Entonces, la atención que a mí me des, tiene que ser diferente, y sin embargo siempre, he recibido pinceladas muy generales, que no se adaptaban a la situación que yo tenía” (EDF4:9).

42.- “yo no quiero más páginas Web que me hablen de preservativos. Yo quiero que haya personas, una atención más individualizada. Igual que se está hablando cada vez más, de educación sexual para el gay, la lesbiana, pues, cómo pueden disfrutar de su vida sexual, qué diferencias hay con una relación heterosexual. Pues oye, es que una persona ciega para ligar tiene más problemas que una persona que ve, y eso está claro ¿no?” (EDF4:14).

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bajos, Natalie; Ferrand, Michèle et l'équipe Giné (2002) De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Paris, Inserm, Questions de santé publique.

Bourdieu, Pierre (2000), La dominación masculina, Barcelona, Anagrama.

Bretin Hélène (1992), Contraception, quel choix pour quelle vie? Récits de femmes, paroles de médecins. Paris, Inserm, coll. Analyses et prospective.

Bretin, Hélène y Gómez Bueno, Carmuca (2010) El uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia por la población inmigrante radicada en Andalucía. Consejería de Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales. (www.juntadeandalucia.es/salud/materialesinmigrantes).

Delaporte, Yves (2002) Les sourds c'est comme ça. Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'homme.

Goffman, Erving (2008), Estigma. La identidad deteriorada, Buenos Aires, Amorrortu.

Gómez Bueno, Carmuca et al (2000), Identidades de género y feminización del éxito académico. Madrid, CIDE-MEC.

Gómez Bueno, Carmuca; Bretin, Hélène y Puente Navas, Rocío (2011), Anticoncepción en Andalucía. I- Representaciones, discursos y prácticas profesionales, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla [en red].

González Moya, Cristina (2010), EL escalón de cristal, Granada, Dauro.

INE (2008), Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia.

INPES (2007) "Contraception : ce que savent les français. Connaissances et opinions sur les moyens de contraception: état des lieux". Dossier de presse, Juin.

Kellerhals, Jean; Perrin, J.F., Steinauer-Cresson, G; Voneche, L; Wirth, G. (1982), Mariages au quotidien: inégalités sociales, tensions culturelles et organisation familiale, Favre, Lausanne.

Lete, Iñaki; Doval, José Luis; Pérez-Campo, Ezequiel; Lertxundi, Roberto; Correa, Marta; de la Viuda, Esther, Gómez, María Ángeles; González José Vicente; Martínez María Teresa; Mendoza Nicolás; Robledo, Javier (2008), « Self described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive meted". Contracepcion, 77 (4) : 276-282.

Martín Criado, Enrique; Gómez Bueno, Carmuca; Rodríguez Monje, Ángel y Fdez Palomares, Francisco (2000), Familias de clase obrera y escuela, Donostia, Iralka.

Moreau Caroline, Bouyer Jean, Goulard Hélène, Bajos Nathalie (2005) "The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions". Contraception, 71: 202-207.

Mottez Bernard (2006) Les sourds existent-ils ? Paris, L'Harmattan.

ANEXO 1. DISEÑO METODOLÓGICO

A partir de la información presentada en la primera parte de este informe⁴³, procedente de la revisión de investigaciones, políticas y planes de actuación llevados a cabo dentro y fuera de nuestras fronteras y del estudio de los datos estadísticos disponibles, nos marcamos para esta segunda parte, la empírica, los siguientes objetivos de investigación.

1. Conocer las lógicas de construcción del sentido que sobre los anticonceptivos manejan los diferentes colectivos, (con especial atención a los menores de 20 años y las mujeres con discapacidad) así como sus prácticas.
2. Comprender las estrategias de apropiación de los discursos circulantes que estos colectivos llevan a cabo.
3. Conocer la experiencia y valoración que tiene la población andaluza sobre la accesibilidad a los anticonceptivos y las barreras y/o facilidades que imponen los dispositivos de salud.

La metodología seguida para la consecución de estos objetivos, fue una metodología cualitativa en la que utilizamos como técnicas de producción de información los grupos de discusión, las reuniones de grupo y las entrevistas en profundidad a diferentes poblaciones. Éstas técnicas nos garantizan el acceso a los aspectos socio-simbólicos de la realidad social (a conjugar con aquellos otros aspectos socio-estructurales). Tanto la percepción del riesgo y del placer como las representaciones colectivas (sobre la utilidad de los métodos, sus efectos sobre la salud y la estética, sobre los servicios de salud ...) son aspectos socio-simbólicos de la realidad social. Sobre las fuentes de información que manejan los diferentes grupos poblacionales pretendemos no sólo conocer cuáles son, sino también el tipo y la calidad de la información procedente de cada una de ellas. Otrora, intentamos comprender las estrategias de apropiación de los discursos circulantes (expertos y populares), que utilizan los diferentes grupos poblacionales. Es decir, comprender cómo se reinterpretan y hacen propios los discursos de especialistas y amistades, cómo se adecuan a la situación de cada uno. En definitiva, para profundizar en estas cuestiones recurrimos a las técnicas cualitativas; éstas son apropiadas para la consecución de objetivos referidos a procesos complejos que escapan a la cuantificación.

1. Técnicas de investigación

Los objetivos señalados reclaman el empleo de técnicas cualitativas. Las técnicas cualitativas empleadas han sido las entrevistas en profundidad, las reuniones de grupo y los grupos de discusión. Con las primeras pretendemos captar las categorías de percepción y valoración de la realidad que cada informante utiliza en este ámbito, sus estrategias de apropiación y adecuación a su situación personal. Con los Grupos de Discusión, accedemos a la puesta en común de esas estrategias previamente personalizadas. El grupo de discusión como dispositivo de puesta en común nos permite captar las lógicas, los esquemas y los marcos de construcción del sentido que operan en cada uno de los grupos poblacionales investigados.

Además hemos trabajado con variaciones de las citadas técnicas para adaptarnos a poblaciones específicas como las mujeres con discapacidad auditiva. Esta población suponía un reto para la investigación. Para solventarlo incorporamos al equipo a una estudiante de sociología y periodista con alteración auditiva. Vanessa Jiménez Muñoz es bilingüe, además del español la lengua de signos es su lengua materna. También Esther, intérprete de la asociación ARAMUS, tuvo un papel clave en la realización del trabajo de campo con este grupo poblacional. Teníamos dos posibilidades y experimentamos con las dos: una, hacer las entrevistas por escrito y, dos, hacerlas en lengua de signos. Pasamos el guión de entrevista a algunas de estas mujeres pero les parecía muy dificultoso. Las dificultades de lecto-escritura de este grupo no son desdeñables: su sintaxis es diferente,

43.- Gómez Bueno, Carmuca; Bretin, Hélène y Puente Navas, Rocío (2011), Anticoncepción en Andalucía. I-Representaciones, discursos y prácticas profesionales, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla [en red].

su vocabulario reducido, los dobles sentidos son cosa de oyentes (por ejemplo, la marcha atrás, poner los cuernos...). Optamos entonces por hacer una entrevista a través del messenger: formulando preguntas cortas y obteniendo las respuestas escritas en tiempo real. De este modo realizamos una entrevista pero fue muy laboriosa, costó más de tres horas y la informante acabó agotada. Definitivamente debíamos trabajar en lengua de signos, así realizamos otra entrevista y dos grupos. Los grupos no podían ser muy numerosos y debían grabarse en vídeo para poder transcribirlos. Finalmente, estuvieron formados por cuatro mujeres cada uno, cuando la técnica del Grupo de Discusión exige que sean un mínimo de 5 personas. Además, al tratarse de grupos poblacionales minoritarios que se mueven por los mismos círculos era muy difícil cumplir con otro de los requisitos del modelo: que las participantes no se conocieran entre sí. Ni reuniendo mujeres de diferentes provincias y con diferentes discapacidades (excepto auditivas) logramos que las componentes no se conocieran. Utilizamos esta estrategia para realizar el grupo de DF de Sevilla, en él participaron mujeres de Huelva, Córdoba y Sevilla, y, varias se conocían entre sí. Era de esperar, las asociaciones organizan actividades, la ONCE organiza excursiones, conciertos, convivencias...Nuestras colaboradoras con discapacidad auditiva y visual (futuras socióloga y trabajadora social), se conocieron en uno de esos campamentos. Nuestra informante de Sevilla conoció a su novio (gallego) en otro de estos campamentos. Por todo ello, hablamos de variaciones sobre la técnica. Estrictamente, con las mujeres con discapacidad, no hicimos grupos de discusión (no pudimos cumplir con los requisitos de la técnica), tampoco grupos triangulares, más bien hicimos reuniones de grupo. No obstante, la información producida es muy rica como mostramos en los análisis.

2. Criterios de segmentación de la muestra y estrategias de contactación

Como criterios de segmentación de la muestra utilizamos las variables sexo y edad, tipo de discapacidad además de la clase social de origen (más concretamente, la clase educativa) y el hábitat, diferenciando entre rural y urbano.

La población objeto de estudio está formada por mujeres en edad fértil (15 a 49 años) residentes en territorio andaluz. Una submuestra está formada por menores de 21 años y, otra, por población con discapacidad. Este corpus empírico es muy amplio, precisamente por estar muy diversificado, era probable que no nos permitiera alcanzar la saturación de los discursos en algunos grupos poblacionales. Así, con el fin de limitar ese efecto hemos ido acotando la población centrándonos cada vez más en los grupos poblacionales con más dificultades de acceso a la información / formación (los grupos sociales menos escolarizados o de clase educativa baja y residentes en el medio rural) y más expuestos al riesgo (aquellas mujeres que se han sometido a alguna IVE). Otra acotación supuso el que sólo entre los menores incorporamos a los varones en el diseño; una estrategia para aumentar la corresponsabilidad consiste en incluirlos en las consultas e investigaciones desde edades tempranas. Sin embargo, la práctica investigadora nos muestra que no hay grandes variaciones entre lo que las mujeres dicen que hacen los hombres y lo que ellos dicen que hacen. La tercera acotación hace referencia a la discapacidad: física, sensorial, mental, orgánica ... también aquí las variaciones son enormes por lo que nos vimos obligadas a limitar de alguna manera. Nos centramos en la discapacidad física y sensorial (visual y auditiva), dejando para un estudio específico las discapacidades mentales con todas sus variaciones. Consideramos que estas poblaciones requieren técnicas específicas adaptadas a sus peculiaridades. No así las orgánicas, descubrimos a este colectivo a través de Ana Vales y M^a Ángeles Cózar, nuestras contactadoras de la Federación de Asociaciones para la Promoción de la Mujer con Discapacidad LUNA: las invitamos a participar en un grupo y les dedicamos unas páginas en este informe. En definitiva, el diseño de la investigación responde a los objetivos pero se centra en los menores de clases poco escolarizadas (aunque, para captar las variaciones discursivas, tenemos también algunos informantes de clases medias), las mujeres (aunque hemos entrevistado a algunos chicos jóvenes y hemos realizado un grupo de discusión de chicos y otro mixto, contando para ello con la colaboración del sociólogo e investigador Pedro Matas González) y las mujeres con discapacidad física y sensorial. En este caso, optamos por consultar a aquellas con mayor nivel educativo (también algunas sin estudios) con el fin de captar una información adicional muy importante: sus recomendaciones para la difusión de la información. Señalamos en cada caso, con el fin de ser muy cautos a la hora de generalizar los resultados, las características de la muestra que marcan los límites de generalización del análisis.

La contactación es una fase sumamente importante del proceso de investigación cualitativo: la contactación influye en la censura estructural y ésta en la producción discursiva sobre la que se realiza el análisis y se obtienen las conclusiones. Pero, no sólo es importante por la censura que puede introducir, también lo es porque puede dar lugar a una visión sesgada de la realidad que pretende estudiar. Para reducir estos efectos se recomienda diversificar las vías de contactación intentando captar, de este modo, las variaciones discursivas que pudieran estar circulando respecto al objeto de estudio. En esta línea, explotamos las redes existentes y generamos otras nuevas para intentar llegar a la gran diversidad que presenta nuestra población diana. Las líneas de contactación que seguimos fueron: redes institucionales (centros de enseñanza secundaria, consejería de salud, centros de salud, clínicas de IVEs, ayuntamientos y asociaciones de personas con discapacidad), redes personales (contactos con profesionales sanitarios, educadores, estudiantes, amigos y conocidos) y redes profesionales (investigadores y sociólogos-as del área).

No obstante, no partíamos de cero. La primera parte de este estudio incluye la información producida a través de entrevistas en profundidad a 13 profesionales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la discapacidad:

- 2 Médicos-as de atención primaria
- 1 Enfermera de atención primaria, colaboradora de Forma Joven
- 2 Ginecólogas-os de clínicas de IVEs
- 1 representante de Bayer-Schering
- 1 representante de las asociaciones médicas
- 3 Profesionales en el ámbito público con discapacidad (física dos y visual otra)
- 2 sexólogas

Las representaciones, prácticas y observaciones de los profesionales fueron presentadas en la primera parte de la investigación, no obstante, su punto de vista ha sido incorporado aquí para facilitar la comprensión de aquellos procesos que los involucran. Los discursos producidos en la primera fase se ven ahora completados con los discursos de las demás poblaciones implicadas.

3. Diseño del campo

3.1 Entrevistas personales en profundidad

En total, realizamos 23 entrevistas en profundidad distribuidas del siguiente modo: 8 entrevistas a menores de 21 años (5 chicas y 3 chicos), 8 entrevistas a mujeres de entre 26 y 36 años y 7 entrevistas a mujeres con discapacidad.

En suma, el diseño del trabajo de campo a través de entrevistas fue el siguiente:

Menores de 21 años

- 2 entrevistas a chicas de 15 y 17 años
- 3 entrevistas a chicos de 16, 17 y 19 años
- 3 entrevistas a chicas de 18, 19 y 20 años

Mujeres de 26 a 36 años

- 2 entrevistas a mujeres de 26 años
- 2 entrevistas a mujeres de 28 años
- 4 entrevistas a mujeres de 32, 33, 34 y 36 años

Mujeres con discapacidad

- 2 entrevistas a mujeres con diversidad auditiva (realizadas, una en lengua de signos y otra, a través del messenger)
- 2 entrevistas a mujeres con diversidad visual
- 3 entrevistas a mujeres con diversidad física

3.2. Grupos de discusión y reuniones de grupo

La información producida a través de las entrevistas en profundidad se complementa con la producida a través de los Grupos de Discusión, con nuevos participantes. Fueron 5 los Grupos de Discusión realizados y 4 las variaciones sobre la técnica: las reuniones grupales. Como criterios de segmentación de la muestra manejamos, además del sexo y la edad, la posición social, el tipo de hábitat y el tipo de discapacidad:

- 1 GD con chicos de 16 a 18 años de FP, medio rural / clase baja, Huelma (Jaén)
- 1 GD con chicas de 16 a 18 años de bachillerato, medio rural / clase baja, La Palma del Condado (Huelva)
- 1 GD con chicas de 16 a 18 años de bachillerato, medio urbano / clase media-baja, Granada
- 1 GD mixto universitarios de 23 a 26 años, medio urbano / clase media, Granada
- 1 GD con amas de casa de 30 a 33 años, clase baja, Estepona (Málaga)
- 1 RG mujeres con discapacidad auditiva, clase baja, de 27 a 33 años, Granada
- 1 RG mujeres con discapacidad auditiva, con estudios, 27 a 33 años, Granada
- 1 RG con mujeres con discapacidad, de 27 a 33 años, universitarias, Sevilla
- 1 RG mujeres con discapacidad visual, universitarias, de 26 a 32 años, Granada

3.3. Guión de entrevista y provocación inicial

Los grupos de discusión se realizaron en centros de secundaria, en despachos de los servicios sociales, facultades o asociaciones (LUNA; ARAMUS; ONCE), y, las entrevistas en estos lugares o en las casas de los entrevistados (sólo cuando no existía la posibilidad de que los familiares estuvieran presentes e introdujeran una fuerte censura estructural).

Para las entrevistas empleamos, de forma abierta, el siguiente guión. No se trataba de un guión previamente estructurado que había que seguir fielmente, sino de intentar captar toda la información que en él figura en todas las entrevistas realizadas.

Guión de entrevista en profundidad

TRAYECTORIA FAMILIAR

1. ¿Dónde y cuándo naciste?
2. ¿Cuáles son las características que más destacarías del lugar en que naciste?
3. ¿Cuáles son los recuerdos que tienes del lugar?
4. ¿Cómo está compuesta tu familia? ¿qué estudios y ocupaciones tienen tus padres y hermanos/as?
5. ¿Cómo es la relación con tus padres? ¿De qué hablas con ellos? ¿Qué cosas les consultas? ¿Qué cosas no les contarías en ningún caso?
6. ¿Qué estudias / has estudiado? ¿Porqué elegiste tus estudios, qué influyó en tu decisión?
7. ¿Cómo te va/ fue con los estudios?,
8. ¿A qué te dedicas?
9. ¿Cuáles son tus objetivos, tus ideales y tus sueños?

GRUPO DE PARES

10. ¿Puedes describirme a tus amigos-as?
11. ¿Qué os gusta hacer juntos? Cuando salís: ¿qué hacéis? Actividades de ocio preferidas
12. ¿dónde os gusta ir? ¿por qué, para qué?
13. ¿Cuánto dinero tienes para el fin de semana? ¿En qué te lo sueles gastar?

14. ¿qué consumís?
15. ¿de qué os gusta hablar ?
16. Fuentes de información : internet, revistas ...
17. ¿Quiénes son vuestros ídolos ?

RELACIONES DE PAREJA

18. ¿Cómo ves las relaciones de pareja hoy en día? ¿cómo se liga actualmente?
19. ¿quién lo propone, dónde, cuándo?
20. Y, ¿las relaciones sexuales, cómo surgen ?, ¿cómo fue tu primera vez ?, ¿quién lo propuso, dónde, cuándo ?
21. ¿Qué relación piensas que existe entre el amor y el sexo ?
22. ¿hay alguna edad considerada apropiada para mantener relaciones?
23. ¿cómo se plantean estas relaciones? ¿qué papel tienen los chicos / las chicas en estos planes?
24. ¿Qué es lo que se puede y no se puede hacer la primera vez ?
25. ¿Cuándo consideras que se establece una relación de pareja estable ?
26. ¿Qué cambia en las relaciones con el tiempo ? ¿Qué se puede hacer cuando conoces más a la pareja ?
27. ¿Cómo influyen el consumo de alcohol y drogas en las relaciones sexuales ?
28. Hablando de la pareja: ¿cómo es tu tipo ideal? ¿cuáles son sus características? ¿que es lo que más te gusta de una pareja y qué es lo que menos?
29. ¿Cómo ves el reparto de tareas domésticas en tu familia? ¿Cómo te gustaría que fuera en tu relación?
30. Las chicas y los chicos que tienen muchas parejas sexuales ¿cómo los ves?
31. Diferencias medio rural /urbano

PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS

32. ¿Cuáles son tus opiniones respecto al uso de anticonceptivos?
33. ¿Cuáles son los anticonceptivos que conoces y cuáles usas? ¿qué te motiva a usar unos y a des- echar otros?
34. ¿Has hablado alguna vez con los colegas sobre anticonceptivos?, ¿cómo tomáis la decisión sobre su uso?
35. Imagina que tienes que explicar a un chaval cómo se usa un condón ¿qué le dirías ?
36. Si has tenido algún percance con los condones ¿qué ocurrió ?
37. ¿Dónde y cómo consigues los anticonceptivos que usas?
38. ¿Cómo obtuviste información sobre los métodos existentes? ¿quién te lo contó y cuándo? ¿en qué condiciones sucedió la conversación: preguntaste o te contaron?
39. ¿Qué opinas de la información existente, sobre las condiciones para informarse y para conseguir anticonceptivos?
40. ¿Cuáles son las posibilidades para hablar de estos temas: con quién hablas de estos temas?
41. ¿Cuáles son las posibilidades de conseguir los anticonceptivos cuando hacen falta?
42. Si surge una posible relación y no tienes anticonceptivos, ¿qué haces?

RELACIONES CON PERSONAL SANITARIO

43. ¿Cómo ves que llevan el tema de los anticonceptivos los médicos, enfermeros, farmacéuticos? Cuéntanos alguna experiencia con ellos.
44. ¿Cómo es tu médico de atención primaria? Hablarías con él/ella sobre estos temas?
45. Si tuvieras dudas, ¿a quién preguntarías? ¿Donde buscarías la respuesta?
46. ¿Cuál es tu opinión de la píldora del día después? ¿la conoces? ¿conoces a alguien que la haya usado? ¿cómo le fue?
47. ¿Conoces a alguien que sufriera alguna ETS?, ¿qué ocurrió, cómo lo resolvió?
48. ¿cómo mejorarías la información y el tratamiento que se hace de los métodos anticonceptivos?
49. ¿Qué crees que influye en que no se usen anticonceptivos? ¿cómo lo ves?

MATERNIDAD / PATERNIDAD

50. ¿Cómo es tu visión de la Maternidad/ Paternidad? ¿cuáles son las ventajas o inconvenientes que ves? ¿cómo te posicionas?
51. ¿Cómo caracterizas tu deseo de ser madre / padre? ¿cuántos hijos/as te gustaría tener y cuándo (a qué edad), en qué condiciones?
52. ¿Qué harías si te quedaras embarazada, mañana mismo? ¿Con quién lo hablarías, cómo lo resolverías?
53. ¿Cuál crees que es el papel de los chicos-as en este tema ? (responsabilidad)
54. ¿Conoces a alguien que se quedara embarazada sin quererlo? ¿qué hizo?
55. Si tuvieras un hijo, ¿te gustaría criarlo mientras tu chica trabaja fuera de casa?
56. Cuéntanos alguna anécdota que recuerdes sobre este tema

OPINIÓN GENERAL SOBRE:

Fidelidad, amor, divorcio, aborto, maternidad, noviazgo, relaciones prematrimoniales, violencia de género.

Provocación inicial para los grupos de discusión

Los Grupos de Discusión consisten en reunir a una constelación de sujetos (entre 5 y 9) para que hablen sobre un tema durante aproximadamente dos horas. La discusión es grabada, transcrita y analizada. La propuesta del tema se hace a través de una provocación inicial que busca la implicación de los participantes. Según Ibáñez (1979) la provocación inicial puede hacerse de forma directa: planteando el tema objeto de investigación, o, de forma indirecta: planteando un tema que nos lleve al tema objeto de investigación bien por condensación metafórica, bien por desplazamiento metonímico. La dinámica consiste en hacer una buena provocación que de un tema lleve al grupo a derivar en otros temas centrales para los objetivos de la investigación sin que el preceptor tenga que estar dirigiendo e interviniendo en la discusión. Cuando los temas son propuestos por el propio grupo adquieren mayor relevancia y aportan más información que si son sugeridos por la investigadora. Buscamos ser poco directivas para así captar las percepciones, lógicas, argumentos, estrategias de construcción del sentido imperantes en cada uno de los grupos.

Una vez reunido el grupo en un lugar neutro (sin excesiva carga simbólica que invite a posicionarse en una u otra dirección), utilizamos la siguiente presentación:

“Hola, buenas tardes, gracias por venir. Como sabéis, vamos a hablar sobre el tema de los anticonceptivos en el contexto de un estudio para la Consejería de Salud. La reunión va a durar aproximadamente dos horas y la vamos a grabar, pero vuestra identidad nunca será conocida ... La dinámica consiste en que discutáis sobre este tema un rato, yo voy a intervenir lo menos posible. Si os parece empezamos ya, yo os planteo el tema para discutir y ... adelante, no os cortéis que nos interesa mucho lo que pensáis y hacéis.

Provocación inicial

Directa:

- ¿Qué creéis que influye en que la gente no use anticonceptivos?
- ¿Cuál es el papel de las chicas y de los chicos en el uso de anticonceptivos?

Indirecta:

- ¿Cómo es vuestro fin de semana ideal?
- ¿Cómo es el chico/ca ideal? ¿cómo se comporta?
- ¿Cómo se liga?
- ¿Cómo consideráis que es la información sexual que circula hoy en día?
- Se dice que los jóvenes mantienen relaciones sexuales de riesgo, ¿qué pensáis?

3.4 Caracterización de las personas entrevistadas en profundidad

Con la siguiente lista pretendemos facilitar la comprensión e interpretación de los análisis presentados en los capítulos anteriores. Para proteger el anonimato de nuestras/os informantes les hemos asignado un número: E1, es la Entrevista 1 (la primera que hicimos), E2, es la entrevista 2, así hasta E16. Después presentamos las características de las personas con Discapacidad (o discapacidad) entrevistadas. Su numeración es: EDF1, Entrevistada con Discapacidad 1, hasta la EDF7. Esta caracterización puede resultar de utilidad tanto para conocer la posición social de las informantes como para aquellos especialmente interesados en la metodología cualitativa.

E1- chica de 15 años, estudiante de 4º de ESO en un instituto religioso concertado de Granada capital. Ha tenido 'novios' pero, sus relaciones duran menos de un mes. No ha mantenido relaciones sexuales coitales (RSC). Sus padres son titulados universitarios y trabajan en la Universidad: su madre en un laboratorio y su padre como ingeniero informático. Tiene un hermano mayor, de diecisiete años, que estudia segundo de bachillerato.

E2- chica de 18 años, vive en un barrio obrero de Granada. Su padre tenía un bar pero está de baja por discapacidad y su madre trabaja como limpiadora. Ella estudia primero de enfermería. Tiene dos hermanas: una mayor que también estudia enfermería y otra de 5 años. Su novio tiene 24 años y está trabajando. Este es su segundo novio, el primero era de su edad y fue con quien tuvo su primera relación sexual (fue con preservativo). Es muy cuidadosa, dice que porque es muy 'cagueta' y muy nerviosa y prefiere prevenir.

E3- mujer de 26 años de Parada (Sevilla) y de clase obrera. Vive allí con sus padres, su hermana (19 años) y su abuela. Está estudiando el acceso a la Universidad y trabajando con mayores para una institución pública. No se considera religiosa. Tiene novio, ha tenido un embarazo no buscado y ha decidido abortar a las pocas semanas. Usan el preservativo pero sospecha que se rompió. El embarazo les "ha venido muy grande", no es el momento. No tiene hijos pero le gustaría tener en un futuro próximo.

E4- mujer de 26 años. Vive en "las 3000 viviendas" (Sevilla). Es de clase obrera y tiene 2 hijos. En el momento de la entrevista va a someterse al segundo aborto. Empezará a trabajar en una lavandería, su pareja está en paro, y no es el mejor momento para tener hijos. Esperaba su cita para el DIU utilizando el preservativo pero le ha fallado. En ocasiones ha usado la marcha atrás, sin quedarse embarazada y también la píldora pero le sentaban mal y las dejó. Accedió a los métodos anticonceptivos a través de su madre que la acompañó al médico.

E5- chica de clase obrera y del medio rural, tiene 17 años, se define como muy impulsiva y con mucho genio. Tiene dos hermanos, uno de 27 y otro de 24 años. Tiene novio, lleva 7 años con él. Su padre tiene la invalidez por enfermedad (tuvo hace 3 años un cáncer), y su madre es limpiadora y "muy religiosa". Los hermanos, uno está en paro y el otro trabaja en lo que va encontrando; se mueve mucho. Su novio es muy diferente a ella, tiene 3 años más y está terminando la ESO y trabajando (vende fruta).

E6- chica de 19 años, estudia segundo de bachillerato y es de un pueblo de la provincia de Huelva. De madre adolescente (17 años) y divorciada 2 años después, se inicia en la sexualidad a los 16, con condón. Tiene dos hermanos: uno de dos años, por parte de madre; y una hermana de doce por parte de padre. Es de clase obrera, su madre ha trabajado en agricultura, limpieza, etc. E6 ha tenido 3 relaciones sucesivas, el primero cuando tenía 14 años. Tuvo su PRS coital a los 16 años. Con el novio actual lleva un año y medio, es de su edad y de clase media, estudia en la Universidad. Ella quiere estudiar arquitectura técnica. Su trayectoria anticonceptiva es: con el 1º preservativo, con el 2º (de 25 años) marcha atrás y con el actual, la píldora, desde el comienzo de la relación (para regular su ciclo menstrual).

E7- chica de 20 años, estudia diseño en una universidad privada. El gusto por la moda lo comparte con su familia. Tanto su padre como su madre tienen estudios básicos, pero su padre dirige una empresa hidráulica.

lica. Tiene cinco hermanos, dos chicas y tres chicos. Y los seis viven en casa de sus padres. Suele salir los fines de semana a las discotecas de Sevilla con sus amigas. El fin de semana es su tiempo para disfrutar. Nunca ha hablado de sexualidad con sus padres. La información la ha recibido del colegio, el instituto, las amigas y las revistas que leía cuando tenía quince años. Siempre ha usado el preservativo, aunque nunca lo lleva ella. Ahora también toma la píldora ya que el médico se la ha recetado para regularle la regla.

E8- mujer de 28 años, nació y creció en Barcelona. Su padre es de un pueblo de Huelva, no terminó la secundaria, se trasladó a Barcelona y montó una empresa. Su madre trabaja en correos. Tiene un hermano de 26 años con el que no se lleva bien, estudia y trabaja en el metro de Barcelona. Ella cursó un ciclo formativo de grado superior de realización de espectáculos y vive en Granada desde hace dos años. A su llegada no encontró trabajo, pero realizó un curso del INEM de diseño gráfico. A E8 le gustan los chicos 'malos' y utiliza poco los anticonceptivos aunque en su familia ha habido varios casos de SIDA. Nunca se ha quedado embarazada por lo que sospecha que puede no ser fértil.

E9- Chico de 19 años, del medio rural almeriense, de clase baja. Su padre era camionero, ahora trabaja en carpintería metálica. Su madre es monitora en la lavandería de un centro de discapacitados. Tiene un hermano pequeño con discapacidad. Él se ha criado con su madre y con su abuela, a las que admira y considera sus ídolos. Su madre y su tía le han recomendado tomar precauciones y, su tía, le ha ofrecido los condones que necesite. Una prima suya, dos años mayor que él, tuvo un bebé con 17 años. Ha tenido tres novias, con la actual lleva poco tiempo y es menor que él. Su PRS fue en el viaje de estudios: totalmente borracho y con preservativo.

E10- mujer de 32 años, comparte piso en Estepona (Málaga). Trabaja como auxiliar de seguridad en un colegio. Estudió animación sociocultural. No tiene pareja en la actualidad. Su padre tiene una empresa de electricidad. Su madre no trabaja pero tuvo un salón de belleza, hace años. Tiene dos hermanos varones, uno mayor que ella, que trabaja en la empresa de su padre, y uno menor que no trabaja. E10 siempre ha usado el preservativo, aunque en la actualidad usa también la píldora por un desarreglo hormonal. Prefiere acudir a una clínica ginecológica privada, por el trato y la intimidad de las consultas.

E11- mujer de 34 años, vive con sus padres en Estepona (Málaga). Ahora está de baja laboral por depresión, se está recuperando gracias al apoyo de su familia: sus padres, sus hermanos y sus sobrinos. Su padre ha sido funcionario en el ayuntamiento y su madre ama de casa. E11 estudió naturopatía pero se ha dedicado a la estética y también al trabajo como dependienta en herboristería. Conoció a su actual pareja por Internet, y mantienen la relación en la distancia.

E12- mujer de 36 años, natural de Algeciras y residente en Estepona desde hace siete años. Trabaja de camarera en un bar irlandés. Estudió hostelería y turismo, un módulo de formación profesional, no lo terminó porque comenzó a trabajar. Su padre murió cuando ella tenía 12 años y su madre tuvo que 'sacarlos adelante'. Sus padres se han dedicado siempre a la carnicería. Ha tenido tres relaciones esporádicas y dos relaciones estables: a los 18 años, su primera pareja, con la que estuvo durante nueve años, y la actual con la que lleva cinco años, viven juntos y están intentando tener descendencia (él tiene un hijo de una relación anterior). Él trabaja como repartidor de supermercado. Y juntos también trabajan en una discoteca los fines de semana. El método que más le ha gustado, de los que ha utilizado, es el anillo vaginal.

E13- mujer de 28 años. Vive en Morón de la Frontera (Sevilla). Tiene dos hijos: un chico de 12 y una niña de 2 años (nacida tras arrepentirse de abortar cuando ya estaba en la clínica). Aún así, ha abortado dos veces. Vive sola con sus hijos. Su economía es precaria, se mantiene gracias a ayudas sociales⁴⁴, y a su madre. El padre de sus hijos está en la cárcel, y le quedan doce años de condena. Ahora E13 tiene una nueva pareja con la que lleva poco tiempo, se quedó embarazada y decidió abortar aunque él quisiera tener el hijo, ella toma la última decisión. E13 utiliza el preservativo, aunque ha probado muchos métodos diferentes

44.- "Yo estoy trabajando porque vamos a ver, trabajando.... no trabajando, no estoy dada de alta pero la asistente social te da muchas ayudas, de becas de tres meses, terminan los tres meses y te buscan otro mesecillo por ahí... y en verdad, conmigo se portan" (E13: 4)

porque dice estar obsesionada por no quedarse embarazada. Solicitó en su centro de salud el DIU pero, el médico le aconsejó que no lo utilizara porque era muy joven.

E14- mujer de 33 años, tiene un hijo de un año y trabaja como controladora del circuito de calidad. Vive en Alcalá de Guadaíra (Sevilla) con su pareja. Tomaba la píldora, pero tuvo problemas para poder comprarla en una farmacia (no se la vendían sin receta), decidió cambiar al anillo siguiendo los consejos de su médico pero por un fallo de uso se quedó embarazada. Decidió interrumpir el embarazo por diferentes motivos (sobre todo económicos). Es su segundo aborto, el primero lo hizo a los 21 años y desde entonces siempre ha tenido mucha precaución y ha utilizado la píldora. Está esperando para ponerse el DIU, y aun le quedan dos meses más. Se queja de la lista de espera para el DIU, lleva un año esperando.

E15- chico de 16 años, estudia primero de bachiller. La madre no estudió y el padre tiene el graduado escolar. Toda la familia menos la hermana vive en un pueblo de Córdoba donde tienen un bar como negocio familiar. No tiene pareja estable aunque mantiene relaciones sexuales. Usa preservativos, y conoce la píldora del día después, y la píldora como “tratamiento”. Se ha informado a través de charlas en los institutos, amigos, y televisión. Se presenta como alguien que tiene una ‘follamigos’.

E16- chico de 17 años, estudia primero de bachillerato en un centro privado del Opus. Vive en un pueblo de Granada. El padre es comerciante de ropa, y la madre dirige una tienda de ropa, son de etnia gitana. No tiene novia pero tuvo una durante dos años. Ha usado preservativos y conoce la píldora del día después y el DIU. Se ha informado de anticonceptivos por amigos, familia, Internet y la televisión.

Caracterización de las Mujeres con discapacidad que colaboraron en la investigación a través de entrevistas personales

EDF1- mujer de 33 años con discapacidad física y estudios secundarios. Vive con sus padres a los que considera sobre-protectores y tiene novio. Ocupa un cargo directivo en una asociación de mujeres con discapacidad. Es de clase obrera, sus dos 2 hermanas están independizadas. Desde que está en la asociación trabajando, se siente mucho mejor, más útil y segura.

EDF2- tiene 25 años y vive en Almería. Es sorda en una familia de oyentes. Su padre es agricultor y su madre, ama de casa (también ayuda al padre en el campo). Tiene un hermano. EDF2 tiene mucha confianza en su hermano y su madre. Es con ellos con los que mas se comunica. Sin embargo, no contaría todo a la madre: se preocupa demasiado, la considera sobre-protectora.

EDF3- 26 años, discapacidad motora (usa muletas). Licenciada y estudiante de doctorado. Está haciendo la tesis doctoral sobre discapacidad y accesibilidad de las páginas web. Tiene una hermana de 30 años y un hermano de 15 años. No tiene pareja.

EDF4- 21 años, estudia en la Universidad. Sufre pérdida de visión del 80% desde los 9 años y una pequeña discapacidad motora asociada (consecuencia de una lesión cerebral). Vive en Sevilla en la casa familiar. Su padre es profesor y su madre modista (estudió EGB) y están separados desde hace años. Tiene 2 hermanas gemelas de 27 años. Su pareja (con la que lleva 2 años) es ‘ciego total’, tiene 21 años y cursa estudios universitarios. Se conocieron en unas convivencias de la ONCE. Es partidaria y utiliza el doble método.

EDF5- tiene 29 años, es de familia tradicional muy religiosa de clase media-baja, de un pueblo de Huelva, un entorno “cerrado”. Tiene 2 hermanos mayores. Es la única sorda de la familia. Se comunica con sus padres leyendo los labios y sabe hablar porque aprendió en el colegio. Ellos conocen algo de la LSE. EDF5 se quedó embarazada con 22/23 años, sin desearlo. El padre del niño es gay, los dos lo descubrieron mientras estaba embarazada y él se enamoró de su actual pareja. Él la apoyó para que tuviera a su hijo, nunca vivieron juntos.

EDF6- tiene 46 años, estudió derecho, música y psicología y fue la primera mujer que ocupó un cargo directivo en una importante asociación. Ahora trabaja en el área de bienestar social en el Ayuntamiento de una capital de provincia andaluza. EDF6 es ciega total desde los 7 años, está casada y tiene 2 hijos. Su historia es una historia de normalización familiar, apoyo paterno y superación personal.

EDF7- es psicóloga, 58 años, va en silla de ruedas. Trabaja en enseñanza secundaria. Además colabora con el ayuntamiento de su ciudad en temas de discapacidad y es presidenta de una asociación de mujeres con discapacidad. Tuvo dos hijas (una cuando tenía 27 y otra con 29 años). “Nací normal y no lo soy ahora”.

3.5 Descripción de los grupos de discusión y reuniones de grupo y caracterización de los participantes.

La información producida a través de las entrevistas personales se verá enriquecida, completada y matizada con la producida a través de las técnicas grupales. En los grupos participa gente nueva, cuyos rasgos sociodemográficos presentamos a continuación. Aquí, las siglas utilizadas significan: M- Mujer; H-Hombre; U-Universitaria; seguidas de una letra o un número para diferenciar a cada participante.

GRUPO 1- Alumnas de un Instituto de Enseñanza Secundaria (Granada), de 16 años y de clase media-baja.

MA. Mujer de 16 años. Su madre trabaja en asuntos sociales y el padre es diseñador gráfico. No tiene pareja pero ha tenido relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos que conoce son: marcha atrás, preservativo, píldora y DIU. Ha usado la marcha atrás y el preservativo. Sus progenitores la hablaron de los anticonceptivos (también su grupo de iguales, internet y las revistas, son sus fuentes de información).

MB. Mujer de 16 años. Su madre estudió bachillerato y trabaja de auxiliar administrativo. Su padre tiene estudios universitarios y es empresario. No tiene pareja en la actualidad aunque ha tenido relaciones sexuales. Ha utilizado el preservativo. La información sobre anticonceptivos procede de: madre, amigas, internet, revistas y charlas informativas.

MC. Mujer de 16. Su madre estudió biblioteconomía y su padre secundaria. Son funcionarios ambos. Su pareja cursa 1º de bachiller, igual que ella. Mantiene relaciones sexuales en la actualidad. Los métodos que ha utilizado son: marcha atrás, preservativo, píldora y píldora de urgencia. El DIU y los parches o el anillo vaginal, los conoce pero no los ha usado. Sus iguales y la televisión le informaron sobre los métodos anticonceptivos.

MD. Mujer de 16 años. Su madre estudió magisterio y trabaja como logopeda, y su padre tiene estudios primarios y es empleado de banca. No tiene pareja actualmente, pero tiene relaciones sexuales. El único método que no conoce es el implanon. Los métodos que ha utilizado son la marcha atrás, el preservativo y la PAU. Señala como fuentes de información al personal sanitario, sus progenitores y otros familiares.

ME. Ella tiene 16 años, su madre tiene estudios primarios y trabaja como limpiadora y su padre tiene estudios medios y es administrativo. Su pareja es estudiante de ESO. Ha tenido relaciones sexuales y ha utilizado el preservativo. Conoce todos los métodos excepto el implante subcutáneo. La información sobre anticonceptivos la ha recibido de: personal sanitario, hermanos-as y primos-as, amigas-os, revistas, televisión y radio.

MF. Mujer de 16 años. Su madre tiene estudios medios y es auxiliar de clínica. Padre tiene estudios primarios y trabaja como monitor. Su pareja terminó la ESO. Mantiene relaciones sexuales en la actualidad y ha utilizado el preservativo y la PAU. Conoce todos los métodos anticonceptivos. Ha recibido información de: médico, enfermera, personal de urgencias, amigas-os, internet, revistas y televisión.

GRUPO 2- Alumnas de un Instituto de Enseñanza Secundaria del medio rural (Huelva), de 16 a 18 años y de clase baja.

M1. Mujer de 17 años, estudia 2º de bachillerato. Su madre es secretaria en una fábrica y su padre es expendedor de gasolinera. Tiene relaciones sexuales en la actualidad y conoce los métodos que utiliza: el preservativo, la marcha atrás y la píldora postcoital. La información sobre anticonceptivos la ha recibido de sus padres, amigas-os e Internet.

M2. Mujer de 18 años, estudia 2º de bachillerato. Sus padres tienen estudios secundarios: su madre es ama de casa y, su padre, empresario. Ha tenido relaciones sexuales. Conoce gran variedad de métodos anticonceptivos pero sólo ha usado el preservativo. La información al respecto la ha recibido de sus amigas-os, Internet, revistas y televisión.

M3. Tiene 18 años y estudia 2º de bachillerato. Sus padres tienen estudios primarios, su madre es dependiente y su padre auxiliar administrativo. No ha tenido relaciones sexuales. Conoce diferentes métodos pero NO la píldora postcoital. Ha recibido información sobre anticonceptivos de familiares mayores, amigas-os, revistas y televisión.

M4. Tiene 17 años y estudia 2º de bachillerato. Su madre tiene estudios de administrativo aunque es ama de casa y su padre es empresario. Tiene relaciones sexuales y utiliza el preservativo y la marcha atrás aunque conoce también la píldora. Sus fuentes de información son: padres, amigas-os e Internet.

M5. Tiene 16 años y estudia 1º de bachillerato. Su madre tiene estudios primarios y es manipuladora de frutas y su padre es jefe de obras públicas. No ha tenido relaciones sexuales y conoce varios métodos. No conoce el implanón. La información sobre anticonceptivos la ha recibido de sus padres, amigas-os, Internet, revistas y televisión.

M6. Tiene 16 años y estudia 1º de bachillerato. Su madre estudió auxiliar administrativo y es ama de casa, su padre es cocinero. No ha mantenido relaciones sexuales. No conoce el implante subcutáneo ni los parches o el anillo vaginal. La información la recibe de sus amigas-os, su hermana mayor y la televisión.

M7. Tiene 17 años y estudia 1º de bachillerato. Señala que sus padres no tienen estudios, siendo su madre dependiente y su padre albañil. Tiene relaciones sexuales y utiliza el preservativo. El único método que no conoce es el implanón. Recibe información sobre anticonceptivos de: amigas-os, televisión y charlas del instituto.

M8. Tiene 16 años y estudia 1º de bachillerato. Su madre tiene estudios secundarios y es ama de casa y su padre tiene estudios primarios. No ha tenido relaciones sexuales pero conoce el preservativo, la píldora, los parches, el anillo vaginal y la píldora de urgencias. No ha recibido información del personal sanitario.

GRUPO 3: Alumnos de FP, de 16 a 18 años. Clase social baja, del medio rural (Jaén).

H1. Hombre, sus padres tienen el graduado escolar y trabajan como ama de casa y albañil. El chico no tiene pareja aunque sí tiene relaciones actualmente. Conoce la marcha atrás, el condón, la píldora, el DIU, el implanón, los parches y el anillo, y ha utilizado la marcha atrás y el preservativo. Se informa a través de hermanos y primos, familiares mayores, amigos, Internet y televisión.

H2. Hombre, sus padres no tienen estudios y son ama de casa y agricultor. No tiene pareja y sí ha tenido relaciones. Conoce la marcha atrás, el condón, la píldora, el DIU y la píldora postcoital. Se informa a través de hermanos y primos, familiares mayores, amigos, televisión y revistas.

H3. Hombre, su madre estudió auxiliar de enfermería y trabaja como tal, el padre no tiene estudios y está

en paro. El chico tiene pareja (estudia bachillerato) y mantiene relaciones coitales. Conoce la marcha atrás, la píldora, el DIU, los parches, el anillo, y la PAU. Habla de anticonceptivos con la madre, los amigos, y también se ha informado a través de la televisión y de las charlas en el instituto.

H4. Los padres tienen el graduado y son ama de casa y camionero. No tiene pareja y ha tenido relaciones. Conoce el condón, los parches, el anillo y la PAU. Y se informa a través del padre y la madre, otros familiares mayores, Internet, televisión y por el profesor.

H5. Los padres no tienen estudios y son ama de casa y agricultor. No tiene pareja y tiene relaciones. Conoce la marcha atrás, el condón, la píldora y la PAU. Se informa por madre y padre, hermanos, familiares mayores, amigos, y televisión.

H6. Los padres tienen el graduado, y son ama de casa y ganadero. No tiene pareja y sí ha tenido relaciones. Conoce el condón. Y se informa por el médico y los amigos.

H7. Los padres tienen el graduado y son ama de casa y albañil. No tiene pareja pero sí ha tenido relaciones. Conoce la marcha atrás, el condón, la píldora, los parches y el anillo, y la PAU. Y se informa por madre y padre, hermanos, familiares mayores, amigos, Internet, revistas y televisión.

H8. Hombre. Su madre no tiene estudios y trabaja de carnicera. El padre estudió electricidad y ejerce como tal. No tiene pareja y tiene relaciones. Conoce diversos métodos y obtiene la información del grupo de pares (hermanos y amigos) y de la televisión.

GRUPO 4: Grupo mixto de universitarios, de 22 a 27 años. Clase social media. Granada.

MUA⁴⁵. Mujer, 27 años, terminó magisterio y realiza un Máster sobre migraciones. Su madre se dedica al mundo del espectáculo flamenco. No tiene pareja pero tiene relaciones sexuales. Conoce varios métodos anticonceptivos, y ha usado: la marcha atrás, el preservativo, la píldora y la PAU. La información sobre anticonceptivos le ha llegado a través del médico, la enfermera, hermanos-as o primos-as, amigos-os y televisión.

MUB. Mujer de 22 años, estudia Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Su madre estudió medicina y trabaja. Su padre estudió Ciencias Económicas y es economista. Su pareja estudia en la universidad. Tiene relaciones sexuales y utiliza el preservativo y la marcha atrás. Conoce todos los métodos excepto el implante subcutáneo. La información sobre anticonceptivos se la han proporcionado: madre, amigas, internet, las revistas y la televisión.

MUC. Mujer, 25 años, estudia 1º de Documentación. Su madre es licenciada y aunque trabaja como promotora de conciertos, y su padre es diplomado, trabaja como agricultor y librero. Actualmente no tiene pareja, aunque sí tiene relaciones sexuales. Como métodos anticonceptivos ha usado el preservativo, la píldora, los parches, el anillo vaginal y la píldora de urgencias. Ha recibido información de: médico, madre, padre, amigas-os, televisión y radio.

MUD. Mujer, 26 años. Estudia Ciencias del trabajo. Su madre tiene estudios medios (bachiller) y es funcionaria, su padre es licenciado en Derecho y funcionario. Tiene pareja, es operador de cámara y estudió Formación Profesional. Tiene relaciones sexuales. Ha utilizado: la marcha atrás, el preservativo, la píldora, los parches y el anillo vaginal. No conoce ni el implante subcutáneo ni la PAU. Ha recibido información sobre métodos anticonceptivos del médico, madre y padre, hermanos-as, amigas-os, internet, revistas y televisión.

MUE. Mujer, 22 años, estudia pedagogía. Su madre tiene estudios primarios y está en paro; su padre es licenciado en Filología y Derecho, y es funcionario. Su pareja actual es de Senegal, realizó sus estudios en

45.- Recordamos: MUA: Mujer Universitaria A.

una escuela coránica, y actualmente se dedica a la venta ambulante. Los métodos anticonceptivos que conoce son: preservativo, píldora, DIU, parches, anillo vaginal, PAU y espermicidas, de los cuáles ha utilizado el preservativo, la píldora y la PAU. La información sobre anticonceptivos se la han proporcionado: médico, madre, padre, hermanas y amigas, internet, revistas, televisión... y además, los libros y el cine.

HUF. Hombre, 26 años. Estudia Traducción e interpretación. Madre y padre son médicos. En la actualidad no tiene pareja pero sí tiene relaciones sexuales. Ha utilizado el coito interrumpido, el preservativo, la píldora y la píldora de urgencia. Conoce todos los métodos anticonceptivos a través de: médico, enfermera, madre y padre, internet, revistas y televisión.

HUG. Hombre, 26 años, estudiante de Derecho. Sus padres, ambos funcionarios, son maestros. No tiene pareja, pero mantiene relaciones sexuales. El único método que no conoce es el implanon. Ha usado diferentes métodos. La información sobre anticonceptivos la recibió de sus padres, amigos y la televisión.

HUH. Hombre, 26 años, estudia Derecho. Tanto su madre como su padre tienen estudios superiores. Su madre trabaja como abogada, su padre tiene algún tipo de discapacidad. Su pareja estudia psicología y mantienen relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos que ha utilizado son: coito interrumpido, preservativo, píldora, anillo y píldora de urgencia. El único método que no conoce es el implante subcutáneo. Ha recibido información del médico, madre, padre, otros familiares mayores, amigas-os, internet, revistas y televisión.

GRUPO 5. Mujeres de 30 a 33 años. Clase obrera. Estepona (Málaga).

M1. Tiene 33 años y es licenciada, su pareja es investigador. Su madre tiene estudios primarios y es ama de casa, su padre tiene estudios secundarios y es policía nacional. Mantiene relaciones heterosexuales. Conoce todos los métodos anticonceptivos. Ha utilizado: el preservativo, la marcha atrás y la PAU. Ha recibido información de diversas fuentes pero no del personal sanitario.

M2. Tiene 32 años y estudios de Formación Profesional II. Su pareja es funcionario de correos. Sus padres tienen ambos estudios básicos siendo su madre ama de casa y su padre jubilado. Los métodos que conoce y ha utilizado son la marcha atrás, la píldora y el preservativo. Ha recibido información al respecto por parte del médico, amigas-os, internet y revistas.

M3. Tiene 31 años y estudios secundarios. Su madre cursó la EGB y es ama de casa, su padre tiene estudios superiores y es funcionario. No tiene pareja, pero mantiene relaciones sexuales. Afirma conocer todos los anticonceptivos, excepto el implanon. Ha recibido información sobre anticonceptivos de sus amigas-os, revistas y televisión.

M4. Tiene 31 años y es técnico en administración y finanzas. Su pareja es comercial y tiene estudios de FP II. Su madre no llegó a obtener el título de graduado escolar y es ama de casa, su padre tiene el graduado escolar. Actualmente mantiene relaciones sexuales. Conoce todos los métodos anticonceptivos señalados excepto el implanon y ha utilizado la marcha atrás, el preservativo y la PAU. Indica que ha recibido información al respecto de todas las fuentes destacadas excepto del personal de urgencias y de la televisión o la radio. Tuvo un embarazo no buscado y al bebé.

M5. Tiene 32 años y es técnica en administración. Su pareja tiene estudios y es chapista. Sus padres tienen el graduado escolar, y su madre es limpiadora y su padre jefe de obra. En sus relaciones sexuales ha utilizado el coito interrumpido, el preservativo, la píldora y la PAU. No conoce: el implante subcutáneo, los parches ni el anillo vaginal. La información sobre anticonceptivos la ha recibido del médico, de sus padres, otros familiares mayores, amigas-os e internet.

M6. Tiene 30 años es licenciada y su pareja estudió formación profesional de grado superior y es cantante

y director de una tienda. Sus padres tienen el graduado escolar, su madre es ama de casa y su padre albañil. Ha utilizado el preservativo, la píldora y la píldora de urgencias. Conoce todos los métodos, incluido el preservativo femenino. Ha recibido información sobre anticonceptivos de su madre y sus amigas-os.

GRUPO 6. Mujeres con discapacidad auditiva, sin estudios. De 33 a 43 años.

T. Tiene 40 años, con estudios primarios, igual que sus padres. Su madre es ama de casa y su padre albañil. Actualmente tiene pareja y tiene tres hijos. Ha mantenido relaciones sexuales en las que sólo ha utilizado la marcha atrás y no conoce la píldora del día después. Nadie le ha informado o hablado sobre anticonceptivos. Tampoco ha visitado al ginecólogo-a ni abortado.

P. Tiene 43 años, afirma tener estudios, pero no especifica el nivel. Sus padres tienen estudios primarios, su madre trabaja de limpiadora. Tiene pareja y cuatro hijos. Mantiene relaciones sexuales en la actualidad y aunque conoce casi todos los métodos anticonceptivos (excepto la PAU) sólo ha utilizado la marcha atrás. Sostiene que nadie le ha hablado sobre anticonceptivos. Abortó una vez. La última vez que fue al ginecólogo-a fue hace 8 meses y le gustaría que le atendiera una mujer.

C. Tiene 41 años y dice tener estudios. De sus padres oyentes desconoce tanto los estudios como la ocupación. Tiene tres hijos y está separada desde hace 3 años. El único método que ha utilizado es la marcha atrás y no conoce la píldora de urgencias. No ha recibido información sobre anticonceptivos y no ha ido al ginecólogo-a nunca.

L. Tiene 33 años y estudió hasta 1º de bachillerato. Sus padres trabajan en la ganadería y la agricultura. Tiene pareja y utiliza el implante subcutáneo. Su médico es su fuente de información de anticonceptivos, acude al ginecólogo-a cada año.

GRUPO 7. Mujeres con discapacidad auditiva, con estudios. De 27 a 33 años.

N- Mujer de 27 años con estudios primarios. Padres sin estudios. Está separada de su primer marido argelino con el que tiene 2 hijos, su nueva pareja es español. Conoce la píldora y la píldora de urgencia pero sólo usa el preservativo. Recibió información sobre anticonceptivos del médico (estuvo en el ginecólogo hace 6 meses), las amigas, Internet y las revistas.

Rs- Mujer de 28 años con estudios universitarios. Madre ama de casa y padre comerciante. Tiene novio y no tiene hijos. Conoce y ha utilizado la marcha atrás, los preservativos y la píldora. Conoce, además, la PAU, los parches y el anillo. Le han informado: médicos (acude 3 veces al año al ginecólogo), enfermeras, amigas e internet.

M- Mujer de 29 años, diplomada universitaria. Madre ama de casa y padre patrón de barco jubilado. Tiene 1 hijo y está casada. Ha utilizado el preservativo y la píldora. Además conoce la marcha atrás, los parches y el anillo. La familia, las amigas, Internet y las revistas son sus fuentes de información. Acude con frecuencia al ginecólogo.

Rj- Mujer de 33 años, cuidadora de sordo-ciegos. Padres pensionistas, sordos. Tiene marido e hijos. El personal sanitario, Internet y las revistas son sus fuentes de información. Acude con regularidad al ginecólogo y está satisfecha con el servicio. Se ha sometido a varias IVEs. Es de Rumania.

GRUPO 8. Mujeres con discapacidad y estudios universitarios. De 26 a 33 años.

A.Va en silla de ruedas, tiene 34 años y es diplomada universitaria. Sus padres tienen estudios secundarios, su madre es ama de casa y su padre pensionista. Ahora no tiene pareja pero ha tenido relaciones sexuales. Conoce todos los métodos anticonceptivos pero ha utilizado la marcha atrás, el preservativo y la píldora. No ha recibido información sobre anticonceptivos del personal sanitario ni de sus padres. No va

al ginecólogo porque no hay potro adaptado. Reivindica información y formación de los sanitarios sobre discapacidades.

B. DF visual, 28 años, diplomada universitaria. Sus padres tienen estudios primarios, su madre es ama de casa y su padre trabaja en seguridad. Tiene pareja y mantiene relaciones sexuales. Ha utilizado la marcha atrás, el preservativo, la píldora y la píldora de urgencia (PAU). La información sobre anticonceptivos la recibe de médicos y enfermeras. Va al ginecólogo cada año, puntualiza que es necesaria mayor formación y sensibilización en y sobre discapacidad para el personal sanitario.

C. DF física, 36 años, licenciada. Sus padres tienen estudios primarios: su madre es ama de casa y su padre es comercial. No tiene pareja ni relaciones sexuales. Conoce todos los métodos excepto el implante subcutáneo. Ha recibido información sobre anticonceptivos del médico y de amigas-os. Fue al ginecólogo hace dos años por primera vez. Destaca la falta de información sobre los resultados y las pruebas y reivindica una información más completa sobre las diferentes disfunciones.

D. DF física, licenciada, 27 años. Sus padres tienen el certificado de estudios primarios y ambos son pensionistas por discapacidad. No tiene pareja pero ha tenido relaciones sexuales. Ha utilizado la marcha atrás, el preservativo y la PAU. Ha recibido información de sus padres, amigas-os, internet y televisión. Ha ido al ginecólogo una vez en su vida, hace año y medio. Califica la visita como muy adecuada y reivindica una mayor normalización e información sobre la discapacidad.

E. DF física, 29 años y diplomada. Sus padres tienen estudios universitarios y ambos están jubilados. Tiene pareja y mantiene relaciones sexuales. Conoce todos los métodos excepto el implanon, aunque sólo usa el preservativo. No ha recibido información de enfermeras ni familiares mayores, sí de las asociaciones y del instituto. Visita al ginecólogo cada año. Describe la visita como rutinaria y desagradable. Reivindica mayor sensibilización, información, formación y adaptación de los servicios.

F. DF orgánica, 30 años y estudios universitarios. Sus padres tienen estudios primarios y están jubilados. Tiene pareja en la actualidad y mantienen relaciones sexuales. Conoce todos los métodos pero utiliza solamente el preservativo. La información sobre anticonceptivos la recibe de internet y la televisión o radio. La única vez que fue al ginecólogo fue con 15 años. Reivindica mayor formación y normalización y más adaptación en las consultas.

G. DF visual, 30 años y licenciada. Su madre estudió el bachillerato elemental y es pensionista, su padre el COU y está desempleado. No tiene pareja pero ha tenido relaciones sexuales. El único método que no conoce es el implanon y ha utilizado el preservativo, la píldora y la PAU. No ha recibido información de sus padres ni otros familiares mayores, sí del colegio, médicos, amigas Acude al ginecólogo cada dos años. Califica la consulta como rutinaria. Reivindica mayor formación e información.

GRUPO 9. Mujeres con discapacidad visual y estudios universitarios. De 26 a 32 años. Medio urbano.

N. DF visual (ciega total), 30 años, estudiante universitaria. Padres con estudios primarios, modista ella y jubilado él. No tiene pareja pero sí ha tenido. Conoce gran variedad de métodos anticonceptivos y ha utilizado el preservativo, la marcha atrás (para experimentar, saber qué se siente), la píldora y la PAU. Ha conseguido información a través de las amigas, internet, las revistas, la radio y la TV. Nunca va al ginecólogo, cuando lo precisa acude a urgencias. Reivindica más información y más tranquilidad a la hora de informar ¡en Urgencias!.

L. DF visual, 32 años. Estudiante universitaria. Madre sin estudios y ama de casa, padre con estudios primarios y concejal de un ayuntamiento. Tiene pareja, utiliza el preservativo. No la marcha atrás, "soy muy racional". Conoce los diferentes métodos existentes. Se informa a través de la radio, internet y los libros. Reivindica educación sexual desde el colegio.

I. DF visual (ciega total), 26 años, estudiante universitaria. Madre ama de casa con estudios primarios, padre administrativo con estudios secundarios. No tiene pareja pero ha mantenido relaciones coitales. Ha utilizado la marcha atrás, el preservativo y la PAU. Conoce varios métodos a través de las amigas y un taller de sexualidad al que acudió y le informaron de todo. Reivindica más campañas de concienciación.

Desde aquí nuestro agradecimiento a todas y todos, por su tiempo, su confianza y su generosidad a la hora de compartir aspectos de su intimidad que nunca antes habían compartido con nadie. En total, fueron 76 las personas que colaboraron con nosotros como informantes, en entrevistas individuales o grupos. A ellos podríamos sumar 11 de los profesionales y expertos que entrevistamos en la primera fase⁴⁶. Y, por supuesto, a todos aquellos que colaboraron en la contactación, en especial, a los que colaboran con las asociaciones de personas con discapacidad. Además del equipo de entrevistadores y preceptores. Contamos con un gran equipo, muy especial y adecuado a cada una de las poblaciones diana: Layla Hamed Ali, realizó el trabajo de campo con las chicas; Pedro Matas González, con los chicos ; Vanessa Jiménez Muñoz, realizó el campo y las transcripciones en lengua de signos. Las demás investigadoras hicimos el resto del trabajo de campo. En definitiva, este trabajo es fruto de un trabajo en equipo en el que, de un modo u otro, han estado implicadas un centenar de personas. Reiteramos pues, nuestro agradecimiento a todas ellas y les animamos a seguir con sus luchas cotidianas, sus retos y desafíos.

46.- Aunque fueron 13 los entrevistados, los relatos de dos de esos expertos han sido empleados en las dos fases porque las entrevistas contenían información tanto profesional como personal. Este último tipo de información lo hemos empleado aquí.

4. Tabla resumen, trabajo de campo

	CLASE SOCIAL de ORIGEN	HÁBITAT	FAMILIA	ROLLO / NOVIO	Edad PRS	ANTICONCEPTIVOS
CHICAS < 21 AÑOS						
E1, 15 años	Media	Urbano	Prof.Univ.	Rollitos	No	-
E2, 18 años	Baja	Urbano	Confianza con madre	Sí, 2º novio	16	Preservativo, píldora, anillo. PAU
E5, 17 años	Baja	Rural	Muy religiosa No habla	Sí, 7 años	13	Preservativo /marcha atrás / preservativo /PAU
E6, 19 años	Baja	Rural	Madre adolescente Confianza	Sí, 3er novio	16	Preservativo / Marcha atrás / Píldora (por otros motivos) / PAU
E7, 20 años	Media	Urbano	Empresarios, 5 hermanos. No hablan.	"Amiguitos"	16 / 17	Preservativo / Píldora (por otros motivos)
GD1, 6 chicas de 16	Media-Baja	Urbano				
GD2, 8 chicas de 17-18 años	Baja	Rural				
CHICOS < 21 AÑOS						
E9, 19 años	Baja	Rural	Madre, abuela, hermano con discapacidad	Sí, 3ª novia	16, Viaje estudios, borracho	Preservativo
E15, 16 años	Baja	Rural	Tienen un bar	Follamigas	15	Preservativo
E16, 17 años	Media	Rural	Colegio del Opus	Tuvo novia 2 años	12	Preservativo
GD3, 8 chicos 16 a 18 años	Baja	Rural				
GD4, mixto universitarios	Media	Urbano				
MUJERES > 25 años						
E3, 26 años	Baja	Rural	Familia extensa	2º Novio	18	Preservativo, se rompió. No PAU. 1 IVE
E4, 26 años	Baja	Urbana	Confianza con madre. Tiene 2 hijos	Pareja	17	Espera DIU. Preservativo, marcha atrás / Píldora (sentaba mal). No PAU. 2º IVE
E8, 28 años	Baja	Urbana	Independizada Casos de SIDA en familia origen		16-17	Marcha atrás o NADA, alguna vez condón. PAU, una vez. Piensa que no es fértil
E10, 32 años	Baja	Urbana	Independizada			Preservativo / píldora por desarreglo. PAU 2 veces
E11, 34 años	Baja	Urbana	Madre muy religiosa	Pareja Internet		Preservativo / Píldora / Anillo / Parche. Alguna vez marcha atrás. PAU, una vez
E12, 36 años	Baja	Urbana	Vive en pareja	2ª pareja		Buscan 1 hijo, usó: preservativo /píldora / parche / anillo
E13, 28 años	Vive de los Servicios Sociales	Rural	2 hijos	Marido en la cárcel. Nueva pareja	15-16	Preservativo /píldora sienta mal. DIU desaconsejado por joven. 2º IVE
E14, 33 años	Baja	Urbana	1 hijo			Píldora / Anillo / Lleva 1 año esperando el DIU. Toma muchas precauciones. 2º IVE
GD5, Mujeres de 30-33 años	Baja	Urbana				

	CLASE SOCIAL de ORIGEN	HÁBITAT	FAMILIA	ROLLO / NOVIO	Edad PRS	ANTICONCEPTIVOS
MUJERES CON DISCAPACIDAD						
EDF1, 33 años Física	Baja	Urbana	Sobre-protectora	Novio	No RSC	_____
EDF2, 25 años Auditiva	Baja	Urbana	Sobre-protectora Oyentes			Píldora por tratamiento / Anillo / Marcha atrás. PAU 2 veces
EDF3, 26 años Física	Media	Urbana		No tiene	No RSC	_____
EDF4, 21 años Visual	Media-baja	Urbana	Madre y 2 hermanas	Novio ciego total	16	Doble método. Asesorada por ginecólogo
EDF5, 29 años Auditiva	Media-baja	Rural	Madre muy religiosa. Oyentes. 1 hijo	2º Novio		Intentan tener descendencia. Usó preservativo / píldora
EDF6, 46 años Visual	Media-alta	Urbana	Marido sin disc 2 hijos	Marido		
EDF7, 58 años Física	Media	Urbana	2 hijas	Marido		_____
GD6, Mujeres DF auditiva	Baja	Rural				
GD7, Mujeres DF Auditiva	Media-baja	Urbana				
GD8, Mujeres DF Física, Orgánica y sensorial	Media-baja	Urbana				
GD9, Mujeres DF Visual	Media-baja	Urbana				

ANEXO 2: CONTRATO DE 'FOLLAMIG@S', EXTRAÍDO DE LA PÁGINA WEB DEL 'TUENTI'

“Para evitar malentendidos, en cada relación con un follamigo se recomienda firmar, antes de la ejecución de la actividad el Contrato estándar de Follamigo

FORMULARIO ESTÁNDAR DE CONTRATO DE FOLLAMIG@S A-5769

Yo, con la presente, notifico la ausencia de sentimientos en las próximas lúdico erótico festivas horas para que luego no se pueda dar lugar a error, ni malentendidos ni derivados por parte de la parte contratada.

Se dispone entonces:

1. Que solo será un polvo. Nada más, queda relegado por lo tanto de este plano cualquier sentimiento afectivo hacia la parte contratante exceptuando los lazos de amistad que ya existieran previos a este contrato.
2. Que después de terminado el coito se queda eximido de todas las obligaciones que se entienden de un coito con su pareja, incluyendo por lo tanto conversaciones, planes para próximos días y demás. Queda excluido de este artículo el llamado “cigarro de después” que por uso y costumbre de su forma se entenderá como dentro de la legalidad del contrato establecido.
3. Que los sentimientos no cambiarán en ningún aspecto, es decir, que al día siguiente (o la próxima vez que contratante y contratado se vean) no deberán haber cambiado los sentimientos. Se entiende por lo tanto que tanto la disminución de afectividad como la aplicación desmesurada de esta serán ambos motivo de denuncia por la parte afectada.
4. Que la parte contratada está completamente de acuerdo en ser solo lo estipulado en este contrato y que pasaremos a denominar como “follamigo/a”, que no se creará ningún vinculo especial y que la ocasión sólo se repetirá si ambas partes están completamente de acuerdo.
5. Que tanto el contratante como el contratado han de ser completamente discretos de la acción ocurrida derivada de este contrato. Que sólo se podrá contar a una persona por cada punto que se le asigne al polvo en una escala del 1 al 10 siendo el 1 para lo peor y el 10 para algo divino y que dicha persona debe ser totalmente ajena a la parte contraria de este contrato.

Firma del contratante. Firma del contratado.

En _____ a _____ de _____ de 20__”

