
LESBIANAS: MUJERES IGUALES, MUJERES DIFERENTES

Aproximación a sus percepciones de Salud Ginecológica, Sexual y Reproductiva

Rocío Rivas Martín

**Enfermera especialista en
Obstetricia y Ginecología (Matrona)**

TUTORA: Milagros Ramasco

*A Rubén, por su ánimo, su apoyo
y su paciencia inagotables.
Sin ti no habría sido posible.
Gracias por facilitarme la vida.*

*A Bea M., Laura, Isabel, Noelia y Bea F.,
por escuchar mis quejas repetidas,
por su comprensión y por las cañas
terapéuticas de los jueves.*

*A mi tutora, Milagros Ramasco,
una apasionada de la cualitativa,
por orientarme en este mundo
de la investigación.*

*Y por supuesto, a todas las mujeres
que se han prestado a ser entrevistadas,
por su valentía, y a las asociaciones LGTB
(especialmente a COGAM y ALEGA),
por su lucha para que los derechos
de todas y todos sean efectivos.*

"Cada vida es una aventura, una desviación de las limitaciones de lo correcto. La normalidad es lo que no existe"

(Rosa Montero. *Historias de Mujeres*).

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Vivimos en una sociedad que ha logrado grandes avances en la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, gracias a los movimientos feministas y en pro de los derechos humanos, pero en la que aun sigue habiendo inequidades (1,2,3) ^{1,2,3} relacionadas con la cultura androcéntrica (4,5) ^{4,5}.

1. "Inequidades sanitarias son las desigualdades *evitables* en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.[...]" Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Final Report. Ginebra: OMS; 2008 [acceso 20 de abril de 2009]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
2. "La equidad en la salud encierra por lo menos tres imperativos, ya que implica: igual acceso a la atención para igual necesidad, igual utilización de recursos para igual necesidad, igual calidad de atención para todos". Sonis A. Equidad y salud. Arch.argent.pediatr. 2001; 99(3):253-256.
3. "Inequidades en salud: desigualdades injustas debidas a atributos socioeconómicos, sociodemográficos, geográficos, étnicos o de género". Ferrer Lues M. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. Acta bioeth. [revista en línea]. 2003 [citado 2009 Jun 24]; 9(1): 113-126. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=es
4. "Visión del mundo y de las relaciones sociales desde el punto de vista masculino". En: Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.[diccionario en red] 22ª ed. 2005. Androcentrismo. [acceso 20 abril 2009] Disponible en: http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=androcentrismo
5. "Androcentrismo consiste en identificar el punto de vista de los varones con el de la sociedad en su conjunto. Nació del cuestionamiento de la cientificidad de los estudios antropológicos, y se utiliza para expresar que las ciencias y otras realidades a menudo toman como punto de referencia al varón (andros), centrándose en los hombres e invisibilizando a las mujeres. Se distinguen 3 niveles: a) androcentrismo del antropólogo/a: relacionado con la visión personal del investigador/a, que incorpora suposiciones y expectativas acerca de las relaciones entre hombres y mujeres; b) androcentrismo de los informantes: depende en gran medida de la sociedad objeto de estudio, y podría transmitir al investigador una visión "viciada" de las relaciones entre hombres y mujeres, especialmente en aquellas sociedades donde se considera que las mujeres están subordinadas al varón; c) androcentrismo intrínseco a la antropología: tiene que ver con la parcialidad ideológica propia de la cultura occidental: los antropólogos/as, guiados por sus propias experiencias, equiparan la relación asimétrica entre hombres y mujeres de otras culturas con la desigualdad imperante en las sociedades occidentales. Estos tres niveles de androcentrismo pueden actuar en su conjunto o de manera diferenciada." En: Martín Casares A. Antropología del Género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales. Madrid: Cátedra; 2006. p.20-21.

Continuamos encontrando en todos los ámbitos y todos los días diferencias debidas al género, y que tenemos tan interiorizadas que muchas veces no somos conscientes.

La medicina lo largo de la historia ha estado encabezada públicamente por figuras masculinas, y en este campo, como en otros, también existen diferencias ligadas al género. Además, esta ciencia, durante muchos años se ha centrado en lo puramente organicista, separando al ser humano en aparatos y órganos. Al no considerar al ser humano como un todo biológico, psicológico y social, al no tener una visión holística de la persona, se han centrado los esfuerzos en la prevención y atención de patologías propias de órganos y sistemas, y por tanto, muchas veces patologizando según el sexo biológico, y dado que la medicina ha sido practicada fundamentalmente por hombres, se enfocaban los problemas desde un punto de vista androcéntrico.

El modelo tradicional paternalista de asistencia sanitaria, en el que existía cierta superioridad intelectual y moral por parte del sanitario frente al paciente, y en el que se imponía el criterio del facultativo, está cambiando. Hemos pasado del médico filósofo de Hipócrates al médico monástico de la edad media, pasando por la secularización de la clase sanitaria hasta llegar a la oligarquía del siglo XX, en la que ya no hay un médico, sino todo un equipo de profesionales sanitarios, pero que en muchas ocasiones, sigue tomando decisiones por el paciente. (6)

Además de esto, durante años la medicina occidental ha estado influenciada por la religión católica, y hasta que no se produjo la libertad de conciencia preconizada por el protestantismo, y también las revoluciones políticas democráticas a nivel mundial no se ha llegado a la actual independencia o separación entre religión y conocimiento científico.

Largamente ha prevalecido el modelo médico hegemónico analizado por E. Menéndez (7), en el que predomina el biologicismo, evolucionismo, la asocialidad, ahistoricidad, el individualismo, la salud como mercancía, la eficacia pragmática, la relación asimétrica en la relación médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los pacientes, y la tendencia al control social e ideológico.

En los últimos años la asistencia se ha orientado hacia el modelo autonomista, en el que el paciente espera ver respetados sus derechos y tener información suficiente para decidir de forma autónoma. (8)

En 1973 la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera carta de Derechos del paciente, en la que se reconocía el derecho a ser informado y tomar decisiones al respecto (artículos 1 al 4).

En España, aunque han existido leyes que hacen referencia a la autonomía de decisiones de las personas, es la "Ley General de Sanidad" ,14/1986 de 25 de abril, la que se ocupó específicamente de los derechos del paciente (en sus artículos 9, 10 y 11 hace referencia al derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado, sin profundizar en ellos). Posteriormente, la "Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica", 41/ 2002 del 14 de noviembre, así como otras leyes autonómicas han desarrollado los derechos del paciente. (9)

En lo que a derechos sexuales se refiere, el androcentrismo ha influido en que durante años hayan estado olvidados los deseos y necesidades de las mujeres, supeditados siempre a los del varón, y se hayan atendiendo sólo los requerimientos de la mujer cuando estos tenían que ver con la maternidad, reduciendo la salud de la mujer, una vez más, a este hecho biológico, y dejando a un lado el resto de necesidades.

A finales del siglo XIX surgieron los primeros movimientos feministas en el mundo que empezaron a plantear ideas sobre igualdad de derechos en la educación, en el trabajo, e iniciaron la lucha internacional por el derecho al voto. Comienza a afirmarse que las relaciones entre hombres y mujeres no están inscritas en la naturaleza, por lo que existe la posibilidad de transformarlas mediante la política.(10) Empezaron a aparecer mujeres emancipadas, burguesas especialmente, que no optaban por el matrimonio ni por vivir bajo el mismo techo que el padre, ni por la maternidad, produciendo incómodas reacciones en la sociedad: las mujeres militantes eran consideradas desagradablemente masculinas, inmorales, irresponsables o como mínimo, transgresoras [...].

Emilia Pardo Bazán declaraba en 1892, en el Congreso Pedagógico Hispano-Portugués que "todas las mujeres conciben ideas, pero no todas conciben hijos", instando con esto a la independencia y la autonomía de las féminas. (11, 12)

Fue Virginia Woolf la que planteó la idea revolucionaria de que la libertad de expresión de las mujeres dependía del grado en que fuera posible educar a los hombres desde la infancia, y surgieron otras muchas mujeres librepensadoras que sorprendieron al mundo con sus ideas; era un movimiento

en auge, sobre todo entre las hijas de las clases económicas acomodadas. Pero tuvo lugar la Primera Guerra Mundial y, finalizada ésta, ocurrió una rápida y aplastante desmovilización femenina, instada por las políticas de reconstrucción de las naciones, así que muchas mujeres volvieron a sus casas y se dedicaron a la maternidad, que era considerada como un deber de la mujer.

En España, aunque ya habían surgido algunos intentos, no fue hasta el siglo XX cuando se formaron los primeros grupos feministas organizados que intentaban promocionar a la mujer, fomentando el trabajo, el deporte y la participación social. Pero, al igual que ocurrió en el resto del mundo, tras la Guerra Civil, el comienzo de la dictadura fascista atribuyó de nuevo a las mujeres un papel secundario y subordinado al del hombre, excluyendo cualquier otra opción que no fuera la de madre y esposa fiel. La Iglesia católica y la Sección femenina participaron y fomentaron enormemente estas prácticas, educando a las chicas en los quehaceres del hogar y la preparación necesaria para formar una familia cristiana y ejemplar. (13)

Pero a pesar de esta obligación nacional de convertir a las mujeres en madres, la contradicción estaba en que la sexualidad de éstas era negada. El control de la sexualidad en todas las sociedades (desde los ámbitos culturales, religiosos y políticos), y especialmente la sexualidad femenina, ha estado presente a lo largo de la historia, como si de una amenaza se tratara, como si la maternidad y el sexo fueran incompatibles, y se deseara a la mujeres madres y puras, a la imagen de la Virgen María. El sexo no es bien aceptado cuando supone una forma de búsqueda del placer y no un simple medio para conseguir hijos, y por esto, cuando el fin es otro, no es lícito. Este control sexual sobre las personas, ya bien sea ejercido por las sociedades, las religiones o las políticas, podría ser el responsable de que se le de tanta importancia al tipo de prácticas que se tienen, puesto que las prácticas sexuales constituyen una conducta privada de cada uno. (14, 15)

La revolución feminista empezó a hacer visible la sexualidad, las mujeres empezaron a quejarse y a hacer demandas, a exigir el derecho propio al placer y no sólo el del hombre, a decidir sobre su cuerpo, la opción de la maternidad, y a reclamar otros papeles dentro de la vida pública y privada y no sólo los de madre y esposa. Dentro de los grupos feministas de distinta índole aparecen los grupos de lesbianas, que luchan también por desvincular reproducción y prácticas sexuales, y desde la rama más radical del feminismo luchan contra cualquier coacción hacia la heterosexualidad.

Lo cierto es que el lesbianismo ha existido siempre, en todas las culturas, siendo más o menos visibilizado. Hay constancia histórica, aunque escasa: desde los versos de Safo en la isla de Lesbos (el gentilicio para las habitantes de esa isla es el término *lesbias*, sin hacer ninguna referencia a su comportamiento sexual pero que también hace referencia al lesbianismo), pasando por la historia casi convertida en leyenda de las amazonas, hasta llegar al día de hoy. Cada sociedad construye estas prácticas de forma diferente y según eso, su control y visibilización varía, pero en la inmensa mayoría de las sociedades patriarcales son condenadas y negadas.

El "lesbianismo feminista" emerge con fuerza mundial alrededor de los años 70 (en España, tras la muerte de Franco) hasta nuestros días, desarrollándose más ampliamente en los años 80, y ha hecho más visible estas realidades. Pero a pesar de todo, el colectivo de mujeres que aman y comparten relaciones sentimentales, sexuales y maternidad con otras mujeres ha sido invisibilizado a lo largo de la historia. Y son invisibles aun hoy.

Cuando me planteé este proyecto, uno de los comentarios más frecuentes entre los profesionales sanitarios a los que consulté es que "iba a encontrar muy poca muestra poblacional". Muchos de estos profesionales, con una dilatada experiencia en el campo de la salud sexual y reproductiva, referían que a lo largo de su trayectoria no habían conocido a ninguna mujer lesbiana o como mucho, un par de casos aislados. Lo que no se ve, no existe, pero todos sabemos que esto no es cierto. La investigación llevada a cabo por Pichardo (16) y publicada en 2007, realizada sobre más de 4500 adolescentes de dos poblaciones de Madrid y Gran Canaria, siendo más de la mitad de la población mujeres, revelaba que el 83% se definía como heterosexual, existía un 9% que no sabía o prefería no contestar a su orientación sexual y el resto de las adolescentes tenían relaciones exclusivamente con mujeres o con ambos sexos. Y según el Informe LGTB 2009 (17) sobre jóvenes que no se definían como heterosexuales, de un total de 146 chicas encuestadas, un 65,8% se identificaban como lesbianas y un 26% como bisexuales, y el 8,2% restante se identificaba como otros, no lo tenía claro o no se identificaba. Este mismo estudio ponía de manifiesto que entre los adolescentes existía un desconocimiento importante de referentes lésbicos y más aún de bisexuales.

Las mujeres lesbianas han sufrido represión a lo largo de la historia, más durante la época franquista en España, y no existe constancia de su existencia

en ningún registro oficial; esto es una asignatura pendiente: la reconstrucción social de la memoria lésbica en España.

Los movimientos de liberación homosexual empiezan a organizarse en este país, como comentamos anteriormente, hace poco más de 30 años. Pero había diferencia entre las mujeres lesbianas frente a sus compañeros hombres gays: en una sociedad machista, el espacio natural de los hombres es el público (la calle, los medios, la palabra) y el de las mujeres el privado (la casa, la familia). Mientras los hombres eran encerrados en cárceles por la "Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social" de 1970 (que sustituyó a la "Ley de Vagos y Maleantes" de 1933, la cual en 1954 incluyó a los homosexuales), las mujeres seguían en las casas o bien, las familias las internaban en psiquiátricos. Permanecieron vivas, sí, pero gracias a que no existían, se ocultaban y no eran libres. Y recordando a Beatriz Gimeno, esto es porque para que te priven de tu libertad, primero hay que tenerla (18).

Es cierto que en los últimos años las mujeres han ganado terreno en el ámbito público (empresa, cultura, política, etc), pero a pesar de todo, en muchos terrenos, y en especial el que nos interesa, en cuanto a las políticas sanitarias y la consulta médica, se sigue observando a la mujer y planeando las actuaciones hacia la población femenina siempre desde el punto de vista heterosexual.

Bien es cierto que la libertad sexual de las mujeres ha supuesto una revolución en muchos aspectos, cambiando también las formas de enfocar las políticas sanitarias. Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (19)⁶, en la que se habla de igualdad a muchos niveles, pasando por la Conferencia de El Cairo (1994) sobre Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva (20)⁷,

6. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de Naciones Unidas. 1948:

"Artículo 2, Apartado 1: [...] sin discriminación de raza, color, sexo o posición política o de otra índole, nacimiento o cualquier otra condición.

Artículo 16: mujeres y hombres tendrán derecho a casarse y formar una familia"

7. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo. 1994:

"Capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva: La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho a obtener información [...]. La atención también incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales [...] es el derecho a alcanzar el máximo nivel de salud sexual y reproductiva".

la Declaración de Beijing (1995) (21)⁸, o la Convención sobre la eliminación de discriminación contra la mujer de Sudáfrica (1998) (22)⁹. Todas ellas han establecido bases sobre igualdad y no discriminación a la mujer, sea cual sea su condición en materia política y de derechos sanitarios, sexuales y de reproducción. Esto ha permitido que se hayan realizado muchos cambios dentro del marco sanitario que se dirige a la mujer, cambios tanto en las campañas de educación sanitaria hacia la salud, como hacia la prevención de embarazos no deseados (ya que ahora la mujer puede decidir) y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Y para poder hacer efectivos estos derechos y respetar las diferencias, hay que conocer y entender las variaciones entre las mujeres y sus necesidades.

La medicina occidental tiene una visión jerárquica, dicotómica (hombre/mujer) y heterosexual del cuerpo humano y de las relaciones sexuales, y esto condiciona la manera de percibirnos a nosotros mismos y de percibir social y médicamente a hombres y mujeres y viceversa. La identidad femenina y masculina nunca son completas, sino que se encuentran en un permanente proceso de construcción y, por consiguiente, pueden ser resignificadas.

Durante años, la medicina y la enfermería, y especialmente sus ramas ginecológicas, han asistido a la mujer desde una perspectiva coitocéntrica: no se contemplan otras alternativas sexuales o prácticas distintas al coito. Esta limitación de la sexualidad es debida, entre otras cosas, al uso ambiguo que se hace del concepto género, que normalmente, se hace equivalente al de "mujer" o a "sexo". Partiremos de la idea de que el género es una construcción social y cultural moldeable. (23)

8. Declaración de Beijing. 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. Organización de Naciones Unidas:
"Los gobiernos que participaron en esta conferencia, en el 50 aniversario de las Naciones Unidas acordaron:
3.- promover objetivos de igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo
4.-Teniendo en cuenta la diversidad de las mujeres y sus papeles y circunstancias
12.-El empoderamiento y el avance de las mujeres, incluyendo libertad de pensamiento, conciencia, religión y creencias.
17.- Reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular, su propia fecundidad, es básico para su empoderamiento.
30.-Asegurar igualdad en el acceso e igualdad en el trato de mujeres y hombres en educación y atención a la salud, y promover tanto la salud sexual y reproductiva de las mujeres como la educación.
9. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Organización de Naciones Unidas. Sudáfrica, 1998.
"Parte II, artículo 5: [...] se prohíbe la discriminación por razón de preferencia sexual".

Los análisis convencionales le dan al género una falsa estabilidad que oculta las discontinuidades en las prácticas e identidades heterosexuales, bisexuales, gay y lésbicas.(24). Por esto, desde diferentes ámbitos (antropología, teoría social, historia, teoría feminista...) se cuestiona este reduccionismo de la identidad de género y se reivindica el concepto de persona como individuo maleable, abierto a la libre construcción de su identidad, más allá de la división entre lo masculino y lo femenino (25).

Relacionado con esto, es interesante y necesario hablar sobre algunas ideas, que han ido variando a lo largo de la historia hasta la representación actual.

El concepto de sexo es biológico, habla de diferenciación sexual del macho y la hembra según condición orgánica, es decir, según genitales, órganos sexuales. También hay una percepción según cariotipo (XX o XY), pero esto entra en controversia cuando encontramos hermafroditismos o síndromes.

El concepto de género, como antes hemos comentado, también es algo complejo, es un constructo social. Pero ninguna de estas dos concepciones, sexo o género, determina la identidad sexual ni las prácticas sexuales del sujeto, en este caso, de las mujeres lesbianas.

Hablamos de identidad u orientación sexual para referirnos a la atracción constante o habitual, dentro del plano emotivo, es decir, preferencia habitual hacia personas de un sexo, otro o ambos, para compartir afectividad y sexualidad. Se refiere a los sentimientos de una persona y la imagen que tiene de sí misma, y no es una opción, existiendo así identidades lésbica, homosexual, heterosexual o bisexual.

Por último están las prácticas sexuales, que son los actos que se realizan con personas de uno u otro sexo y que pueden venir determinadas por la identidad sexual o por otros factores como la cultura, las presiones sociales, religiosas, etc.

Definir en qué consiste ser lesbiana es algo reduccionista, complejo y controvertido, discutido también dentro de los movimientos asociacionistas. Una mujer lesbiana siente deseo erótico y preferencias afectivas dirigidas a otras mujeres. Su comportamiento sexual puede ir desde una homosexualidad exclusiva a una bisexualidad y heterosexualidad situacional fundamentada por factores como el estatus económico, la cultura, la sociedad o el deseo sexual. Hay mujeres que se identifican a sí mismas como lesbianas desde su infancia o adolescencia,

otras cuando son adultas jóvenes o en la edad mediana o ancianidad, pero sin embargo, algunas otras nunca reclaman su identidad (12). Del mismo modo ocurre con las mujeres bisexuales, que sienten amor y deseo por personas de los dos sexos, y a veces lo expresan libremente mientras que otras veces, lo mantienen oculto por diversos motivos.

Nos encontramos ante un sistema de atención de cuidados sanitarios en el que los profesionales no siempre están preparados para atender sin discriminación las diferentes necesidades de las mujeres. Asumimos en éstas una serie de características por razones biológicas, en ocasiones marginándolas y anulando toda posibilidad de abrirnos al cambio: se define una biología y psicología diferencial siempre relacionada con la capacidad de reproducción.

A todo esto unimos el hecho de que hasta hace relativamente poco, cualquier desviación de lo considerado como "correcto" o "natural" era asumido como una patología. La hegemonía del heterosexismo (presuponer que siempre existen un hombre y una mujer) dentro de la sociedad general y del mundo sanitario, ha hecho que se medicalice la sexualidad, y cualquier otra variación ha sido marginalizada, convertida en enfermedad.

En 1973, la American Psychiatric Association reconoce por primera vez que la homosexualidad no es una enfermedad, no incluyéndola en *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-II) (26) y en 1975 lo hace la American Psychological Association. Y no es hasta el 17 de mayo de 1990 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) retira la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9, versión anterior al actual CIE-10). (27)

Pero a pesar de esto, se arrastra la estigmatización de la homosexualidad hasta nuestros días, ya que, recordando a Goffman, la sociedad sigue identificando esta sexualidad como negativa, inusual o desacreditadora puesto que previamente ha establecido unas expectativas respecto al comportamiento e identidad de los individuos; del mismo modo, los sujetos (las mujeres lesbianas en este caso), al sentirse estigmatizados o marginalizados, actúan en consecuencia (ocultan su condición por miedo a ser juzgadas). (28)

Según Link y Phelan (29), que han estudiado el fenómeno de la estigmatización y los efectos de este hecho sobre la salud, se podrían clasificar cinco componentes que generan el estigma: el primero, la identificación social de etiquetas según diferencias humanas (en este caso, en cuanto a

sexualidad); en segundo lugar, la creación de un estereotipo según el cual la persona etiquetada, aquí la lesbiana, posee características indeseables; en tercer lugar, el grupo que etiqueta separa a "ellas" (las marcadas, las lesbianas) de "nosotros" (el propio grupo); en cuarto lugar, las estigmatizadas o marcadas experimentan discriminación y pérdida de estatus; por último, el grupo marcador ejerce poder sobre el estigmatizado, y esto es claro y evidente cuando el grupo marcado intenta luchar contra esta estigmatización.

La invisibilidad de la realidad de las mujeres lesbianas y bisexuales es un gran obstáculo para la implementación de políticas públicas coherentes con sus necesidades específicas (30). Los prejuicios sociales y el desconocimiento de las prácticas de las mujeres lesbianas deberían hacer que los profesionales sanitarios nos planteásemos si las campañas de salud y la atención sanitaria están enfocadas de forma correcta hacia las necesidades que tienen. Existen muchas ideas erróneas que posiblemente nos conducen a ofrecer una mala o insuficiente atención, y la formación de los profesionales probablemente es insuficiente en este campo.

En España, los programas formativos de los distintos profesionales sanitarios, especialmente los relacionados con la asistencia a la mujer, apenas contemplan las necesidades de este colectivo: el programa de los residentes de medicina obstétrico-ginecológica sólo contempla la fisiología del coito, el de medicina familiar y comunitaria no especifica nada respecto a la formación sexual, y en el de enfermería obstétrico-ginecológica, en cuanto a sexualidad tampoco hay ningún objetivo formativo concreto (31). Pero no es algo exclusivo de nuestro país. En este sentido, en 2003 se publicó en Australia un estudio en el que se analizaban los contenidos en cuanto a la salud de las mujeres lesbianas dentro de los programas formativos sanitarios y se daban recomendaciones al respecto. Revisaron estudios realizados en países como USA (1998), Gran Bretaña (1999) y Canadá (1996), en los que se observó que el tiempo dedicado a la enseñanza sobre identidades sexuales era escaso (2-4 horas del total de toda la carrera), centrado en hombres homosexuales y relacionado con el VIH/SIDA, y no se incluían contenidos en cuanto a los riesgos relacionados con las enfermedades más específicas en mujeres lesbianas. En Australia, en el Royal Women's Hospital, el 38% del personal sanitario se consideraba bien formado en salud de mujeres lesbianas, pero el restante tenía poca o ninguna información. Además, dos años antes, la Asociación de Médicas Lesbianas de Australia, en 2001, refirió

que el 50% de ellas no había recibido ningún tipo de información en este sentido, y el otro 50% restante había recibido aproximadamente 2,4 horas de formación en todo su currículum. En ese mismo año, las universidades de Melbourne y Queensland habían incluido contenidos de salud de las mujeres lesbianas en los currículos formativos de los profesionales sanitarios (32).

Ni la sexualidad femenina ni la masculina están limitadas por determinadas zonas genitales, y por tanto, la sexualidad de las mujeres lesbianas es diversa y no ha sido descrita de forma adecuada en libros e investigaciones. (33)

Las prácticas de las mujeres lesbianas en algunos casos son iguales y en otros diferentes a las de las mujeres heterosexuales. De la misma forma que no todas las mujeres heterosexuales realizan toda la diversidad de juegos y prácticas sexuales que se conocen, cada mujer lesbiana tendrá en su repertorio actividades más o menos variadas. El sexo entre mujeres (34) incluye algunas prácticas que son comunes a todas las identidades sexuales: masturbación manual (acariciar con las manos los genitales y/o los pechos), penetración con los dedos en la vagina y/o ano, cunnilingus (sexo oral, acariciar con la boca con genitales femeninos), anilingus (acariciar con la boca el ano, coloquialmente conocido como "beso negro"), uso de juguetes sexuales para estimulación clitoridiana y/o penetración vaginal y/o anal (vibradores, dildos, bolas chinas, arneses, etc), y otras diferentes, como el tribadismo (del griego "tribade" *-ella la que frota-*, que consiste en frotar o acariciar los genitales de una mujer con los de su pareja femenina, con o sin estimulación clitoridiana) (35, 36, 37)

Esta perspectiva heterosexual y coitocéntrica también se da cuando una mujer desea quedarse embarazada, puesto que a todas se les supone una pareja heterosexual. Es más, a día de hoy en España, un estado laico y donde el porcentaje de parejas de hecho va en aumento, diariamente podemos ver en la práctica asistencial que seguimos hablando de "maridos" (ya no sólo presuponemos que es varón, sino que además, están casados) para referirnos a la pareja de la mujer.

En cuanto a la maternidad, el hecho de ser lesbiana no implica necesariamente que no se desee ser madre. Cierto es que entre las mujeres que se identifican como lesbianas hay muchas mujeres que nunca han deseado tener hijos y un elevado número de nulíparas y nuligestas, pero no todas necesariamente porque no hayan tenido deseo de maternidad.

En Madrid, en la actualidad coexisten la Ley de Parejas de Hecho (Ley 11/2001, de 19 de diciembre, de Uniones de Hecho de la Comunidad de Madrid (38) y también la Ley de matrimonios homosexuales (Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio). (39) Esta última permite que dos personas del mismo sexo sean reconocidas como pareja con plenitud e igualdad de derechos y obligaciones cualquiera que sea su composición (iguales que las parejas heterosexuales). En consecuencia, los efectos del matrimonio se mantienen en su integridad, con independencia del sexo de los contrayentes; entre otros, tanto los referidos a derechos y prestaciones sociales como la posibilidad de ser parte en procedimientos de adopción.

La legislación española defiende la promoción de la igualdad efectiva de los ciudadanos en el libre desarrollo de su personalidad (artículos 9.2 y 10.1 de la Constitución), la preservación de la libertad en lo que a las formas de convivencia se refiere (artículo 1.1 de la Constitución) y la instauración de un marco de igualdad real en el disfrute de los derechos sin discriminación alguna por razón de sexo, opinión o cualquier otra condición personal o social (artículo 14 de la Constitución) y son valores consagrados constitucionalmente que deben reflejarse en la regulación de las normas que delimitan el estatus del ciudadano, en una sociedad libre, pluralista y abierta.

La ley de Reproducción Asistida (Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida) permite a las mujeres que deseen ser madres acceder a la maternidad, tanto por la vía pública como por la vía privada.

A pesar de que yo no hemos encontrado números concretos respecto al uso que hacen de estos servicios, según Mújika Flores, actualmente las mujeres lesbianas ocupan un lugar relevante dentro de las mujeres sometidas a inseminación artificial y/o fecundación in vitro, realizándose estas técnicas, generalmente, en centros sanitarios privados (40). Los servicios de infertilidad de los hospitales públicos están prioritariamente orientados hacia parejas heterosexuales que tienen dificultades para concebir un hijo, pero no hacia mujeres sin pareja o lesbianas. Esto debería hacer que nos planteáramos si se están cumpliendo los principios éticos de justicia y equidad, puesto que la ley no diferencia tipologías de mujer en este sentido.

En los últimos años, en todo el mundo desarrollado se han producido movilizaciones de los distintos grupos de gays, lesbianas, bisexuales y

transexuales, lo cual ha permitido normalizar en cierto grado la "salida del armario" y la aceptación de muchas personas que se veían obligadas a esconderse y/o someterse a los convencionalismos sociales. Es importante señalar que este reconocimiento público ha sido, en su mayoría, protagonizado por varones. Las mujeres lesbianas siguen siendo un grupo poco visible dentro de la sociedad, y esto se ve reflejado también en las campañas sanitarias: frecuentemente son discriminadas por los sistemas de salud a causa de su orientación sexual y otras veces son ellas mismas quienes se auto-discriminan, al no solicitar atención sanitaria por temor al rechazo.

Los estudios sanitarios orientados a relacionar la identidad sexual y el estado de salud son relativamente recientes. A mediados de los años ochenta surgen las primeras investigaciones sobre la homosexualidad femenina refiriéndose a estas mujeres como sujetos psicológicamente saludables. Después, han surgido otros estudios en los que se analizaba la influencia del lesbianismo sobre otros aspectos de la salud.

En cuanto al tema de mi estudio, he realizado búsquedas bibliográficas en Cochrane, PubMed, Cuiden y otras bases de datos, y no he encontrado muchos artículos cualitativos específicos sobre salud ginecológica y mujeres lesbianas.

La mayoría de los estudios realizados investigan sobre la salud general de las mujeres lesbianas (alimentación, ejercicio, hábitos tóxicos, etc.) y sus comportamientos de riesgo, y últimamente comienzan a aparecer más investigaciones sobre aspectos relacionados con la sexualidad y el aparato reproductor, con lo cual considero necesaria la realización de estudios que traten específicamente sobre la salud sexual y reproductiva.

La mayoría de los estudios que he encontrado y que tienen que ver con este ámbito han sido llevados a cabo por asociaciones y colectivos de gays y lesbianas, algunos de ellos apoyados por los ministerios u organizaciones político-económicas de los distintos países. A continuación, revisaremos por orden cronológico los estudios existentes en otros países y a nivel mundial, para ver posteriormente las iniciativas llevadas a cabo en España.

En Italia se realizó en 2005 la encuesta "ModiDi" (41), estudio nacional realizado sobre la salud de aproximadamente 2000 lesbianas, gays y bisexuales, y financiado por el Instituto Superior de Sanidad. Diseñaron cuestionarios diferentes para hom-

bres y mujeres, en los que se preguntaba acerca de autodefinición de identidad sexual, bienestar psicosocial, relación con los servicios sanitarios, prevención de enfermedades, etc. Los resultados mostraron, entre otros temas, que las mujeres lesbianas se someten a menos controles preventivos ginecológicos y autoexploración mamaria que el resto de mujeres.

En esta misma línea, en 2006, en Brasil, la Red Nacional Feminista de Salud elaboró un dossier en el que también se señalaba la mayor incidencia de violencia doméstica y pública, abuso de alcohol y drogas, menores revisiones de mama y de útero, así como vergüenza y discriminación por la sensación de estigma al acudir a las consultas, falta de preparación de los profesionales, dificultades para definirse como homo o heterosexuales y la negación de los propios riesgos. Todos estos resultados sirvieron para desarrollar, junto con el Área Técnica de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud de Brasil, líneas de atención sanitaria y cambios en los servicios sanitarios. (42, 43)

Tras estos estudios, a nivel mundial, la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA), en 2006 (publicado en España en 2007), elaboró un informe sobre salud de mujeres lesbianas y bisexuales en base a la información recogida por asociaciones y colectivos de todo el mundo (44). El informe está basado en una revisión y compilación de las investigaciones y proyectos existentes sobre diversos aspectos de la salud de estos grupos de mujeres y los factores que pueden influir en ésta. No habla por tanto sólo de salud sexual, sino de todos los ámbitos de la salud. Algunas de las ideas que destaca es que, si bien durante años se ha considerado a las lesbianas como un grupo con un supuesto menor riesgo de contraer VIH/SIDA y otras ITS, en algunos países las mujeres lesbianas se ven obligadas a casarse para poder sobrevivir y en otros, por el hecho de ser lesbianas, son sometidas a violaciones, por lo que aumenta de este modo el riesgo de contraer la enfermedad y posteriormente transmitirla a sus compañeras sexuales mujeres.

En este estudio se ratifica una vez más que los servicios sanitarios mundiales están dirigidos a heterosexuales y que por tanto, las lesbianas se ven obligadas a enfrentarse a los prejuicios sociales, la marginación, y el desconocimiento sobre sus prácticas, se sienten incómodas a la hora de hablar de su sexualidad con los profesionales sanitarios por miedo a reacciones homófobas.

Las conclusiones en cuanto a los profesionales sanitarios dicen que es preciso ser conscientes de las dificultades que tiene el colectivo para visibilizarse y por tanto, los profesionales sanitarios deben formarse acerca de las necesidades de estas mujeres. Propone así mismo varios temas que las mujeres homosexuales deberían discutir con sus proveedores de salud, como son:

- **Prevención del cáncer de mama:** presentan más factores de riesgo que otras mujeres y no se realizan mamografías de rutina ni autoexploraciones
- **Depresión/ansiedad:** como respuesta a la discriminación homofóbica.
- **Cáncer de útero:** por el mismo motivo que el de mama
- **Estado corporal:** mayor tasa de obesidad
- **Sustancias adictivas:** consumo de drogas, tabaco y alcohol más elevado
- **Violencia doméstica**
- **Osteoporosis:** no hay estudios definitivos determinantes al respecto
- **Salud cardíaca:** dado que tienen mayor peso y más consumo de sustancias tóxicas, se incrementa este riesgo.

En España, en el año 2003, el Col·lectiu Lambda (asociación de lesbianas, gays y transexuales de Valencia) era el único que había elaborado un informe sobre identidad sexual y hábitos de salud (45). Realizó un estudio sobre mujeres lesbianas y bisexuales residentes en la Comunidad Valenciana con el fin de identificar si existían diferencias en salud con respecto a las mujeres heterosexuales. Sobre una muestra de casi 200 mujeres de entre 20-50 años se aplicaron unos cuestionarios, y posteriormente se realizaron dos grupos de discusión. Los resultados obtenidos señalaban que las mujeres lesbianas y bisexuales consumían más alcohol y cannabis, tenían un mayor índice de masa corporal, consumían menos frutas y verduras, acudían menos al ginecólogo/a, se realizaban menos autoexploraciones de mama y presentaban un mayor índice de nuliparidad. Las mujeres del estudio conocían la importancia de acudir a revisiones ginecológicas periódicas, y sin embargo no asistían, entre otros motivos, por la desconfianza e incomodidad de reconocer su sexualidad y el miedo a reacciones lesbofóbicas.

Si nos centramos en la atención gineco-obstétrica, las investigaciones existentes en otros países que hemos recopilado parecen indicar que tienen

más riesgo que otras mujeres de padecer ciertas enfermedades: mayor riesgo de padecer enfermedades como el cáncer de mama, de útero... Las conclusiones, por tanto, llevan a pensar que tienen más factores de riesgo de padecer mala salud por pertenecer a un colectivo discriminado y desconocido. Hemos revisado diversos estudios centrados en patologías y aspectos ginecológicos concretos, sobre los que vamos a hablar a continuación.

Comenzando por el cáncer de mama, a finales de los años 90 empezó a señalarse que las lesbianas tenían más riesgo de padecer cáncer de mama que las heterosexuales. A continuación, mostramos los resultados encontrados por orden cronológico en estudios realizados en otros países.

En 2004, en San Francisco (California), el Institute for Health & Aging elaboró un estudio comparativo sobre el riesgo de padecer cáncer de pecho entre mujeres lesbianas y sus hermanas heterosexuales. (46) En una población de más de 300 parejas de hermanas, se encontró que el grupo de lesbianas tenía mayor riesgo de desarrollar cáncer, relacionado esto con el menor número de embarazos y el haberse realizado más biopsias de mama que sus hermanas heterosexuales.

También en 2004, en Philadelphia, la LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual y Transexual) Health Resource y The SafeGuard Project publicaron una revisión de 22 investigaciones sobre el cáncer de mama en población lesbiana, obtenidos de diferentes bases de datos (MedLine, Cinahl, ISI, etc), sobre aspectos tan diversos como epidemiología y comportamientos de riesgo, uso de servicios preventivos, revisiones sobre actitudes y conocimientos de los proveedores de salud, cobertura de determinantes psicosociales y genética. La revisión señalaba que existía cierta autolimitación de los estudios debido a la metodología utilizada, a la poca muestra o a que ésta no era representativa (muchas de las mujeres eran blancas y de nivel socio-educativo alto) o bien no estaban randomizados, con lo cual insistía en la necesidad de realizar más investigaciones para poder extrapolar resultados a toda la población lesbiana (lo cual apoya la pertinencia de este proyecto). Sin embargo, arroja cierta luz sobre determinados aspectos, que coinciden con el riesgo de padecer también cáncer de útero: estas mujeres consumen más tabaco y alcohol que la población heterosexual, y esto influye marcadamente en el riesgo de sufrir cáncer de mama; asocian a este riesgo la mayor incidencia de nuliparidad, el menor uso de los servicios sanitarios, quizá debido a la discriminación y homofobia que sienten por parte del personal sanitario, entre otros (47).

En 2006, la Universidad del Estado de Georgia (48) publicó otro estudio sobre comportamientos preventivos para el cáncer de mama en mujeres lesbianas. Los resultados mostraron que aquellas mujeres con mayores ingresos económicos, más edad y hábitos de vida más saludables eran las que se hacían autoexámenes con regularidad, mientras que el resto de mujeres lesbianas estaban menos concienciadas.

La educación sanitaria en este sentido parece tener resultados, según demuestra otro estudio publicado en 2006 en Washington (49). Se reclutó a un grupo de mujeres pertenecientes a minorías sexuales (definiendo así a mujeres lesbianas y bisexuales) y con ellas se llevó a cabo, en grupos pequeños, un programa educativo sobre salud y riesgos, haciendo especial incidencia en autoexploraciones mamarias, revisiones y realización de mamografías, aunque también tocaron otros ítems como salud mental o percepción de riesgos. Se compararon resultados con un grupo control de mujeres que no habían participado en el programa educativo y observaron que el grupo sometido a estudio había mejorado las tasas de autocontroles y revisiones médicas respecto al grupo control.

Respecto a las mujeres lesbianas diagnosticadas de cáncer de mama, también se ha analizado el trato que reciben y la percepción que tienen de su enfermedad. En este sentido, en 2002 la Universidad de Chicago publicó un estudio cualitativo (50) en el que se comparaba la experiencia de mujeres lesbianas y heterosexuales diagnosticadas de cáncer de pecho. Los resultados mostraron que no había grandes diferencias en cuanto a las respuestas sobre calidad de vida, pero sí se encontró que las mujeres lesbianas tenían peor tolerancia al estrés causado por el diagnóstico, menos satisfacción con los apoyos emocionales y con el trato recibido por los sanitarios.

Durante algunos años existía la creencia de que las mujeres lesbianas no tenían riesgo de padecer algunas enfermedades que tenían cierta transmisión sexual. Es el caso del cáncer de cuello de útero o cérvix, relacionado con el virus del papiloma humano (VPH).

En Inglaterra en el año 2000 se publicó un estudio en el que se vio que las mujeres lesbianas, incluso aquellas que nunca habían mantenido relaciones heterosexuales, eran portadoras del VPH y algunas de ellas padecían cáncer cervical, lo cual hizo replantearse los protocolos de screening y la educación hacia las lesbianas y los proveedores de salud (51). En este mismo año se publicó otro estudio en

el que se volvió a insistir en la importancia que tenía que, tanto el sistema de salud nacional de Reino Unido como las lesbianas, se hicieran conscientes de la necesidad de realizarse la prueba citológica y del riesgo que corrían. (52)

En Estados Unidos en 2004 se publicó un estudio en el que se comparaba la realización de citologías para el despistaje de cáncer de cuello de útero entre un grupo de mujeres lesbianas y otro de heterosexuales (53). En este estudio se observaron diferencias en cuanto a factores de riesgo, ya que las mujeres lesbianas habían comenzado más tempranamente a mantener relaciones sexuales, habían tenido más parejas sexuales y habían utilizado menos medidas de protección de sexo seguro que las mujeres heterosexuales, unido todo esto a que presentaban mayores niveles de tabaquismo. Al mismo tiempo, la adhesión a las citologías seriadas era menor entre las lesbianas. Al igual que ocurría con las mujeres heterosexuales, aquellas que se realizaban de forma más regular sus controles citológicos tenían asociadas características demográficas, un mayor nivel educacional y económico, y eran más mayores que el resto del grupo. Un porcentaje de mujeres lesbianas también refirieron haber percibido prejuicios asociados a su orientación sexual procedentes de los profesionales sanitarios.

También en Reino Unido, en 2007 se publicó primero un artículo, y posteriormente en ese mismo año, el estudio completo llevado a cabo a nivel nacional entre 1997-1998, sobre salud de mujeres lesbianas, que de nuevo coincidía en señalar el menor número de controles de Papanicolaou que se realizaban, menor percepción de riesgo de padecer cánceres ginecológicos, y que además incluía un estudio cualitativo sobre las malas experiencias con el personal sanitario que referían estas mujeres. (54, 55)

La transmisión del VPH no sólo es a través del coito, sino también a través del contacto directo entre genitales (hombre-mujer o tribadismo entre las mujeres lesbianas) o boca-genitales, y en un muy mínimo porcentaje a través de fómites (juguetes sexuales, etc) por lo tanto, los mecanismos de transmisión también están presentes entre las lesbianas aunque no hayan tenido nunca una relación coital heterosexual. Es la infección con mayor tasa de transmisibilidad, por encima del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y en España tiene una prevalencia del 7% en mujeres menores de 25 años que disminuye hasta el 3% en mayores de 35 años. (56)

En cuanto al resto de infecciones de transmisión sexual (ITS), como acabamos de comentar con el VPH, no sólo se transmiten a través del coito vaginal, y por lo tanto insistimos en que los mecanismos de transmisión de esta y otras infecciones también están presentes entre mujeres lesbianas.

La mayoría de estudios y programas de educación sanitaria, promoción de hábitos saludables y prevención de ITS, se han centrado especialmente en el VIH/SIDA, y se han dirigido durante los últimos años fundamentalmente a población heterosexual o gay. Las campañas sobre prevención de ITS dirigidas a mujeres lesbianas son más recientes aún, y esto podría deberse, entre otras cosas, al hecho de considerar que sus prácticas sexuales tienen menos riesgo; y en cuanto al VIH se refiere, la creencia general es que las prácticas entre mujeres están exentas de contagio, lo cual no es cierto (57). Hay que añadir que esta idea de bajo riesgo ha provocado dentro del colectivo cierta sensación de invulnerabilidad. En general, las iniciativas para dar información y fomentar la prevención que se han llevado a cabo han sido realizadas por asociaciones y grupos de mujeres lesbianas que muchas veces no han recibido apoyo ni subvenciones públicas.

A continuación, haremos una relación cronológica de los estudios e iniciativas llevados a cabo que hemos encontrado en otros países y que tienen que ver con las ITS y lesbianas.

En 2001, en Milwaukee, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Wisconsin publicó un estudio sobre prácticas de riesgo y sexo seguro en relación al VIH entre mujeres lesbianas y bisexuales (58). En este estudio cualitativo, el objetivo era conocer el riesgo y las actividades de prevención que utilizaban, por lo que entrevistaron a más de 1100 mujeres de diversas razas y clases sociales. Los resultados mostraron que asumían la creencia de que las mujeres que tienen sexo con mujeres no pueden contagiarse del virus VIH, que no tenían suficientes conocimientos sobre transmisión de infecciones y no practicaban sexo seguro por dificultades en la negociación de barreras, pérdida de la intimidad o monogamia.

En Seattle, 2005, el departamento de enfermedades infecciosas de la Universidad de Washington, llevó a cabo un estudio para evaluar las prácticas, factores de riesgo y mecanismos de protección que las mujeres lesbianas y bisexuales utilizaban para evitar enfermedades de transmisión sexual, factores en los que ya habían incidido en un estudio previo (59, 60). Partiendo de la base de que las mujeres lesbianas parecen tener mayor prevalencia de vagi-

nosis bacteriana, se propusieron estudiar sus prácticas sexuales, ya que existía poco conocimiento al respecto. Realizaron grupos de discusión sobre temas tales como prácticas, prevención de ITS, y conocimientos sobre las vaginosis bacterianas. Los resultados mostraron muy poco uso de medidas preventivas con sus compañeras lesbianas (tales como lavado de manos, guantes o dediles o limpieza de juguetes sexuales) y además comentaron que era frecuente compartir juguetes sexuales para la penetración sin utilizar condones. Por tanto, se vio que era necesario enfatizar sobre el uso de medidas preventivas en este grupo de población para prevenir repercusiones sobre su salud sexual.

A su vez en Australia en 2005, de nuevo McNair (61) elaboró una revisión sobre distintos estudios sanitarios sobre mujeres lesbianas y encontró que éstas padecen mayor incidencia de vaginosis bacterianas, más infecciones por virus del herpes simple tipo I, la misma incidencia del tipo II y menor del VIH en comparación con la población heterosexual. Los riesgos de infección y las tasas aumentaban en consumidoras de drogas, sobre todo intravenosas, y en la población que padecía problemas mentales o de autoestima (frecuente esto último debido a la discriminación social). Verificó que había un elevado número de lesbianas que habían tenido al menos una vez en su vida una relación sexual con hombres. Y además, existía un índice mayor de haber sido víctima de abusos entre las mujeres lesbianas (50-60%) que entre las heterosexuales (30%). En cuanto al personal sanitario, concluyó que era necesario un mayor conocimiento de las prácticas y riesgos de este colectivo (como la estimulación vaginal con contacto de fluidos y el uso compartido de juguetes sexuales, por ejemplo) y una mejor formación para poder elaborar programas educativos que desmitificaran creencias de este grupo de mujeres y les facilitase el acceso a la sanidad, evitando riesgos.

Parece, por lo que indican los estudios, que el colectivo lésbico acude menos al médico y cuando lo hace, no expresa su condición sexual, por miedo a reacciones lesbofóbicas, lo cual va en detrimento para su salud. Además, también parece que los ginecólogos no preguntan por el comportamiento sexual de las pacientes, según indican y recomiendan varios estudios (62, 63) en otros países, dando por supuesto en la mayoría de ocasiones que son heterosexuales. El hecho de que la mujer lesbiana no revele su identidad sexual, unido al hecho de que los profesionales sanitarios tampoco suelen preguntar acerca de las prácticas, puede llevar a conclusiones erróneas y a conductas de riesgo.

En 2006, se publicaron en la American Family Physician Web (64) una serie de recomendaciones dirigidas en su mayoría al personal sanitario para facilitar el acceso de las mujeres lesbianas a la sanidad. Como en algún otro estudio más antiguo (65), se incide en la importancia de aumentar la formación de los profesionales, no juzgar, promover una relación terapéutica que permita que las mujeres se expresen con confianza y dirigir la entrevista y los consejos a los aspectos ya conocidos que suponen riesgos para ellas. Profundiza en la dificultad que supone para muchos profesionales sanitarios hacer una correcta historia sexual, pero insiste en la importancia de la misma.

En ese mismo año, 2006, se publicó un estudio llevado a cabo por la Universidad de Toronto (66) en el que se verificó que aquellas mujeres que habían logrado identificarse como homosexuales referían mayor sensación de comodidad, mejor comunicación y veían solucionados más rápidamente sus problemas de salud, que aquellas que ocultaban ser lesbianas. Esto influía en que las que se auto-identificaban hicieran un uso más regular de los servicios sanitarios. Y esto se veía facilitado cuando el sanitario preguntaba por la orientación sexual, en vez de suponer la heterosexualidad de todas las pacientes.

Resultados similares se obtuvieron la investigación publicada en Delaware (67), USA, en 2008, donde se llevó a cabo un estudio descriptivo que reveló que las mujeres que se auto-identificaban como lesbianas tenían más probabilidades de compartir esta información con su médico que las que lo ocultaban. Y esto influía en los cuidados, por lo que se recomendaba a los profesionales que desarrollaran la capacidad para crear una atmósfera adecuada que permitiera esta comunicación y facilitara así unos cuidados adecuados.

En nuestro país, según el Informe sobre jóvenes LGTB 2009, el 73% manifestaron que sus médicos desconocían su identidad sexual. En este mismo estudio sobre población no heterosexual, del que ya hemos hablado anteriormente, el 52,3% de ellos mostraban interés por temas de salud sexual.

En España, he encontrado un número muy escaso de iniciativas llevadas a cabo sobre salud de mujeres lesbianas y bisexuales, tanto investigaciones como campañas sanitarias específicas. Existen, sin embargo, algunos estudios y campañas dirigidos a la población masculina homosexual.

En el año 2008 se celebró el Día Internacional de la Visibilidad Lésbica. Durante ese año se publicaron

en España un folleto y un póster dirigidos a mujeres lesbianas para fomentar que acudan a los servicios de ginecología (68). Del mismo modo, se realizó un tríptico dirigido a ginecólogos/as y personal sanitario para sensibilizar en la atención a este grupo de población olvidada y discriminada (69).

En relación a esto, la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (FELGT) también tradujo el folleto informativo elaborado por la ILGA sobre el cáncer de mama y de cérvix con la intención de concienciar a las mujeres lesbianas de la importancia de los hábitos saludables y de los controles ginecológicos periódicos (70).

También la Comunidad de Madrid junto con las asociaciones de gays y lesbianas, elaboró un folleto informativo sobre medidas de protección y prácticas de riesgo, dirigido a la población homosexual y bisexual, que incluye un apartado específico para mujeres lesbianas (71). Existe alguna otra iniciativa similar llevada a cabo por alguna asociación de otras comunidades autónomas.

A parte de estos folletos informativos, y a excepción de la iniciativa del Col·lectiu Lambda, comentado anteriormente, estudio en el que se evaluaba la salud general de las mujeres lesbianas y se valoraban algunos aspectos de su salud ginecológica, no hemos encontrado otros estudios llevados a cabo en España en relación a la salud sexual y reproductiva de este grupo de mujeres. Sin embargo, vemos que empiezan a aparecer iniciativas para fomentar la salud en este sentido, aunque pensamos que dentro del colectivo de lesbianas y bisexuales no han tenido la difusión esperada ni tampoco entre el personal sanitario.

JUSTIFICACIÓN

Lo que parecen indicar todos los estudios revisados es que las mujeres lesbianas tienen el mismo o mayor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y desarrollar un cáncer de mama o de cérvix. Al mismo tiempo, utilizan menos medidas preventivas, sienten que tienen menos riesgos, parece que acuden menos a consulta, y cuando lo hacen, no suelen revelar su identidad sexual, por miedo a reacciones lesbofóbicas. Añadimos a esto el desconocimiento que tienen los profesionales sanitarios sobre las características de las relaciones lésbicas y la salud de estas mujeres, puesto que reciben poca formación en su periodo académico, y en algunos casos también muestran actitudes discriminatorias o lesbofóbicas.

Por todo esto, considero importante para el desarrollo de mi profesión y la mejora de la asistencia sanitaria el profundizar en las necesidades y problemas que expresan las mujeres lesbianas en cuanto a la prevención y cuidado de su salud relacionada con la atención ginecológica, sexual y reproductiva y las dificultades que encuentran en la atención a este campo.

HIPÓTESIS

- El coitocentrismo, la lesbofobia y la discriminación social no favorecen que las mujeres lesbianas y bisexuales se hagan visibles frente a la mayoría de profesionales sanitarios, lo cual conlleva que estas mujeres oculten su identidad ante los profesionales o bien se dirijan a centros específicos de atención a su salud ginecológica, generalmente privados, y más aun cuando se trata de su salud reproductiva y desean acceder a la maternidad biológica. Esto se ve favorecido por la falta de formación específica de los profesionales sanitarios frente a la diversidad de identidades sexuales y de prácticas diferentes al coito, así como por la existencia de prejuicios y el desconocimiento de las necesidades de este grupo de población.
- Muchas mujeres lesbianas y bisexuales consideran que, dado que no mantienen relaciones sexuales coitales con varones de forma habitual (aunque las hayan mantenido alguna vez) y realizan otro tipo de prácticas sexuales, tienen menor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades que afectan a su salud ginecológica así como falta de conocimiento de factores de riesgo. Del mismo modo, acuden al profesional sanitario únicamente cuando les surge un problema de falta de salud y en muchas ocasiones no les comunican su identidad sexual por miedo al rechazo o porque consideran que no es importante.

OBJETIVOS

Objetivos generales

Realizar una aproximación comprensiva a las concepciones que tienen las mujeres lesbianas y bisexuales sobre su salud sexual y reproductiva.

Determinar la relación que mantienen las mujeres lesbianas y bisexuales con el sistema sanitario público y los factores que influyen en esta relación (barreras sociales, económicas y culturales; expectativas y vivencias previas; receptividad, conocimientos y preconcepciones de los profesionales...).

Objetivos específicos

- 1) Identificar pautas de comportamiento generadoras de salud y preventivas de enfermedades ginecológicas acerca de:
 - Las barreras o dificultades que encuentran en la atención a su salud ginecológica y obstétrica (receptividad de los profesionales sanitarios, establecimiento de una relación terapéutica de confianza, formación de los profesionales, limitaciones o barreras que establecen los documentos e historias sanitarias...).
 - Uso del sistema sanitario privado como alternativa al público y motivos que aluden.
 - Sus conceptos sobre riesgo de padecer cáncer de mama y de cérvix.
 - Las actividades de prevención que realizan frente a este tipo de cánceres.
 - Propuestas de mejora que plantean ante los problemas o riesgos identificados en el ámbito de la salud ginecológica.
- 2) Identificar actitudes y pautas de comportamiento relevantes en materia de relaciones sexuales e infecciones de transmisión sexual. Nos centraremos en tratar de conocer:
 - Cuáles son sus prácticas sexuales.
 - La existencia o no de prácticas de riesgo frente a infecciones de transmisión sexual.
 - Su percepción del riesgo así como las medidas de protección que utilizan o estrategias de cuidados frente a las infecciones de transmisión sexual.
 - Utilización del sistema sanitario en busca de información en cuanto a relaciones sexuales y prevención de ITS.
 - Propuestas de mejora que plantean ante los problemas o riesgos identificados en el ámbito de la sexualidad.

3) Describir la visión que tienen sobre la salud reproductiva y la maternidad para tratar de conocer :

- Cuáles son sus necesidades reproductivas.
- Los problemas que encuentran para acceder a sus derechos reproductivos.
- Cuáles son las vías que emplean para acceder a la maternidad.
- El uso que hacen durante el embarazo de los servicios de tocología y matronería: asistencia a revisiones, clases de educación maternal y preparación al parto...
- El uso que hacen del sistema sanitario en el parto y puerperio.
- Los problemas que encuentran en la atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- Las conductas del personal sanitario que impidan una correcta relación sanitario-paciente.
- Utilización de proveedores de cuidados alternativos.
- Propuestas de mejora que plantean ante los problemas identificados en el ámbito de la maternidad.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Nos interesa conocer y comprender las estrategias que llevan a cabo las mujeres lesbianas y bisexuales para mantener su salud y cubrir necesidades en los siguientes ámbitos de la salud:

- **Salud ginecológica.** Será la que se dirige a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias del aparato reproductor femenino (genitales externos: mamas y vulva, e internos: vagina, útero y anejos así como sistema hormonal necesario para su correcto funcionamiento).
- **Salud sexual.** Será la que se dirige a la promoción del disfrute de una sexualidad consentida y responsable, así como a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles por esta vía.
- **Salud reproductiva-obstétrica.** Será la que se dirige a la promoción de la salud desde el inicio del deseo de embarazo, hasta la búsqueda y consecución del mismo, así como cuidados, prevención, diagnóstico y tratamiento durante todo el proceso incluidos el parto y puerperio.

METODOLOGÍA

Diseño

Hemos enfocado este estudio desde un punto de vista cualitativo, puesto que lo que se pretende es analizar y tratar de comprender el discurso, el pensamiento y las experiencias de las mujeres lesbianas en relación a las estrategias de cuidados de salud ginecológica, sexual y reproductiva que llevan a cabo.

Dado que los campos que se quieren abarcar son amplios, que no hemos encontrado ningún estudio en España que nos proporcione incidencia de las diferentes problemáticas que les afectan, y como además nos interesa responder al porqué de estos sucesos, para poder así desarrollar a posteriori estrategias adecuadas para solucionar los problemas, hemos considerado que la investigación cualitativa, que se caracteriza por explorar los aspectos motivacionales de la persona, es la más adecuada para este estudio. No hemos buscado la representatividad de la estadística, sino el significado de las reflexiones y vivencias de estas mujeres, y la observación de cómo determinados procesos se repiten una y otra vez desde su lógica interna, y precisamente esto es lo que nos proporciona la investigación cualitativa.

Universo del estudio

Mujeres lesbianas o bisexuales residentes en zonas urbanas, preferentemente dentro de la Comunidad de Madrid. Consideramos que el hecho de vivir en medio rural condiciona el acceso al sistema sanitario (está más limitado), el acceso a la información, las relaciones con iguales, la tolerancia social en cuanto a su identidad sexual (las zonas rurales suelen tener menos habitantes, menos independencia de los individuos, más sometimiento a las normas de la comunidad, etc), que puede dificultar que la mujer se identifique como lesbiana y ejerza públicamente sus derechos.

- Entenderemos por mujeres **lesbianas** a todas aquellas mujeres cuya orientación sexual, entendida como preferencia a la hora de mantener relaciones afectivas y sexuales, está dirigida principalmente hacia otras mujeres. Incluiremos también en este grupo a mujeres que por razones diversas (sociales, políticas, culturales...) han mantenido en alguna ocasión relaciones con hombres.

- Debido a dificultades para encontrar población muestral, no descartamos incluir a mujeres que se definan como **bisexuales**, es decir, prefieren indistintamente mantener relaciones afectivo-sexuales con mujeres o con hombres.

Variables de la muestra

Las variables que tendremos en cuenta para seleccionar la población a estudiar serán:

- **Edad:** consideramos que las características y vivencias serán diferentes dividiendo la población en tres franjas:
 - **Entre 18-35 años:** han nacido y vivido ya en completa democracia, existiendo ya libertad sexual, legalización de la homosexualidad, despenalización del aborto, y por tanto, sus experiencias vitales y su forma de ver la sociedad van a estar influenciadas por estos hechos y han podido afectar a su vida y a su salud.
 - **Entre 36-45 años:** han vivido su niñez y adolescencia durante la dictadura, y han presenciado la declaración de la democracia y la Constitución Española, la legalización de la píldora anticonceptiva: cambios político-sociales muy importantes que han podido afectar a sus vidas.
 - **De 46 años o más:** especialmente las mujeres de más edad dentro de este rango han vivido la situación de la España de la post-guerra, la dictadura, un momento de represión y persecución política importante frente a la homosexualidad, que puede haber influido en determinados aspectos de su vida, así como posteriormente el nacimiento del movimiento feminista y la lucha mundial por los derechos de las mujeres.
- **Nivel Socio-Económico:** dado que numerosos estudios han demostrado que este factor influye sobre la salud de la población (acceso al sistema sanitario público, recursos económicos que permiten acceder al privado, nivel de estudios más elevado, etc), consideramos pertinente diferenciar entre niveles:
 - **Medio-bajo:** entenderemos por nivel medio-bajo aquel que incluye un puesto laboral y un salario medio, dentro del cual ubicaremos a las mujeres que vivan en la mayoría de los

núcleos urbanos de la periferia de Madrid, así como la mayoría de las áreas sanitarias de Madrid. Tendremos en cuenta también el nivel de estudios y el tipo de trabajo que ejercen.

- **Medio-alto:** incluiremos aquí aquellas personas que desempeñen un puesto laboral altamente remunerado y/o que implique poder o mando sobre otras personas asalariadas a su cargo, en el que podemos incluir algunas profesiones (grandes empresarios, políticos, etc), o que tengan ubicada su residencia en zonas urbanas de la periferia de Madrid como la Moraleja o áreas de la capital como el barrio de Salamanca, El Viso, etc. Tendremos en cuenta el nivel de estudios y el tipo de trabajo que realizan, puesto que es frecuente que los puestos de responsabilidad, los trabajos altamente remunerados, etc, coincidan con un nivel de estudios universitarios o postgrados.
 - **Relación sentimental:** relación afectivo-sexual que mantengan de forma habitual o esporádica con otra persona del mismo sexo, diferenciando en:
 - **Pareja estable:** al menos 6 meses de relación única y estable con la misma persona (independientemente de si no conviven en común, son pareja de hecho o matrimonio), con un compromiso de futuro.
 - **Sin pareja:** relaciones esporádicas o aisladas con otras mujeres.
- Consideramos que este aspecto puede influir en cuanto al uso de métodos de protección contra infecciones, en el planteamiento de la maternidad, etc.
- **Hijos:** tendremos en cuenta la existencia o no de hijos biológicos (no adoptados), puesto que esto determinará su relación con el sistema sanitario en el aspecto de la salud reproductiva y obstétrica. Tendremos en cuenta si existen hijos en común (pareja lesbiana) o como mujer sola, son hijos de una pareja anterior (heterosexual) o no hay hijos.
 - **Hijos SÍ** como mujer **en solitario** y por decisión propia o en **común con pareja lesbiana**.
 - **Hijos SÍ**, de **relación heterosexual** anterior estable.
 - **Hijos NO**.

– **Activismo:** entenderemos como mujeres activistas aquellas que forman parte de asociaciones o movimientos políticos cuya finalidad sea la defensa de los derechos de los grupos de gays, lesbianas, bisexuales o transexuales.

- Activista.
- No Activista.

Consideramos que este hecho puede influir en la valoración de su propia necesidad de someterse a revisiones ginecológicas, en la información sobre riesgos del colectivo, etc.

Criterios de exclusión

Acorde a los objetivos que nos hemos propuesto, no incluiremos en la muestra de estudio a:

- Mujeres bisexuales, que en el momento actual mantengan una relación con un varón.
- Mujeres heterosexuales que hayan tenido alguna práctica sexual aislada con una mujer.
- Mujeres residentes en zonas rurales. Entendemos que el mundo rural tiene una accesibilidad diferente, muchas veces inferior, tanto a los recursos sanitarios, como sociales, informativos, educativos, etc.

Técnicas de recogida de datos

Las técnicas de recogida de datos utilizadas han sido el grupo de discusión y la entrevista semiestructurada.

El **grupo de discusión** permite reconstruir el sentimiento social dentro de la situación del discurso grupal. Permite captar y analizar los discursos ideológicos y las representaciones simbólicas que se asocian a los fenómenos sociales, recorriendo la subjetividad individual que al abarcar puntos comunes, se convierte en intersubjetividad. Así es posible captar el discurso grupal dominante en torno al riesgo y a los problemas comunes del colectivo.

Dadas las dificultades para localizar a sujetas para el estudio y a los límites de tiempo establecidos por el programa, finalmente sólo ha sido posible llevar a cabo un único grupo de discusión, de mujeres mayores de 35 años, de nivel socioeconómico medio y medio-bajo, con distintos niveles de estudios y grado de activismo.

La **entrevista semiestructurada** permite profundizar en temas o ideas relevantes, puesto que los sujetos nos revelan su modo de ver lo que sucede así como el modo en que otras personas lo perciben, y de esta manera podemos encontrar lo que es importante y significativo para ellos, así como la manera en que los informantes valoran, clasifican y experimentan su propio mundo. Además, dado que no ha sido fácil acceder a las participantes y que el tiempo para llevar a cabo la investigación ha sido limitado, este método ha sido el que más se adecuaba a la consecución de los objetivos planteados.

Tanto las entrevistas como el grupo de discusión se llevaron a cabo siguiendo un guión previo, donde se planteaban las siguientes cuestiones, que se pueden agrupar en bloques:

Guión de las entrevistas / grupo

- ¿Cómo cuidas tu salud ginecológica? ¿Qué tipo de controles/ revisiones te haces? ¿Qué problemas ginecológicos te preocupan y por qué?
¿Qué motivos te llevan a acudir a los profesionales sanitarios? ¿A quién acudes?
¿Cómo ha sido tu experiencia cuando acudes a los profesionales sanitarios? ¿Qué crees que piensan otras mujeres lesbianas en este sentido?
¿Qué cosas cambiarías y por qué?
- ¿Qué actividades llevas a cabo para mantener tu salud sexual?
¿Qué enfermedades de transmisión sexual te preocupan? ¿Qué haces para prevenirlas?
¿Conoces métodos de protección? ¿Qué métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual utilizas y por qué?
¿Qué crees que piensan tus amigas/ parejas, etc respecto a este tema?
- ¿Qué piensas de la maternidad? ¿Qué crees que piensan tus amigas/ el colectivo de mujeres lesbianas en ese sentido?
 - **Si se ha planteado ser madre:**
¿Cómo te has planteado hacerlo?
¿Cuáles son las dificultades que encuentras para acceder a la maternidad biológica?

- En el caso de mujeres que hayan tenido hijos:

¿Cómo viviste el proceso de embarazo, parto y postparto? ¿Cuáles fueron tus principales preocupaciones?

¿Qué dificultades encontraste en la atención sanitaria o con los profesionales durante el embarazo, parto y postparto?

- Si existe pareja durante el proceso de maternidad, añadiremos la siguientes preguntas:

¿Cómo lo vivió tu pareja? ¿Qué dificultades tuvo durante el acompañamiento?

- En el caso de mujeres que sean activistas, añadiremos:

¿De qué forma crees que el pertenecer a una asociación, partido político, etc, influye sobre tu actitud hacia la salud sexual-reproductiva?

- ¿Qué piensas de la menopausia? ¿Qué te preocupa?

DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO

Selección de las informantes

El estudio realizado al ser un estudio cualitativo, tiene la característica de ser emergente, es decir, el diseño y el muestreo ha ido evolucionando a lo largo del proyecto. (72).

Las mujeres han sido seleccionadas mediante diversas técnicas de muestreo (bola de nieve ó muestreo en avalancha, muestreo intencionado), en función de los intereses teóricos de la investigación, de los que derivan los criterios de selección elegidos, puesto que lo que se pretendía era mostrar la realidad y la mayor amplitud de puntos de vista posibles de las participantes.

Comenzamos la toma de contacto con las mujeres a finales del mes de Julio de 2009, momento en el que realizamos el grupo de discusión y la primera entrevista, y finalizamos el trabajo de campo a mediados de enero de 2010.

Inicialmente comenzamos el muestreo mediante **bola de nieve**, basándonos en la idea de red social preexistente, mediante la cual se pudieron ampliar de forma progresiva los sujetos de nuestro campo, partiendo de los contactos facilitados por otros su-

jetos. Nos encontramos con importantes dificultades en esta búsqueda de informantes, puesto que parecía que nuestra red social no conocía mujeres lesbianas o bisexuales, o bien, si existían, no estaban dispuestas a participar puesto que tenían que hacerse visibles.

Al principio el planteamiento fue contactar con ellas desde el sistema sanitario, en el hospital o en el centro de salud pero, ciertamente, en paritorio y en las plantas de hospitalización no había mucha experiencia con mujeres lesbianas, prácticamente nadie recordaba haber tenido a ninguna paciente lesbiana, y si habían atendido a alguna, en ese momento no estaba ingresada, con lo cual era difícil buscarla, puesto que este tipo de dato no queda registrado habitualmente en la historia clínica. Exactamente lo mismo ocurría en las consultas de Atención Primaria, parecía no haber muestra para el estudio.

Por tanto, el inicio de la captación comenzó fuera del ámbito sanitario. Comenzamos la "bola de nieve", en primer lugar poniéndonos en contacto con todos amigos, familiares, antiguos compañeros de trabajo y conocidos, por teléfono, en persona y vía e-mail, para comentarles el tema del estudio y requerirles ayuda en la localización de mujeres informantes. Pensamos que la bola de nieve daría buenos resultados, que alguien conocería a alguien que a su vez conociera a alguna mujer lesbiana dispuesta a participar en la investigación. Y aquí nos surgieron las primeras dificultades que nos hicieron meditar al respecto.

Primero, prácticamente nadie conocía a ninguna mujer lesbiana (en cambio, muchos contactos nos comentaban que sí conocían varones gays): esta es la primera muestra de invisibilidad lésbica, parecía que no existían.

Segundo, alguno de los contactos sí conocía a alguna mujer lesbiana pero éstas ponían objeciones a ser entrevistadas. No parecían tener problema en contestar un test o cuestionario si se lo hubiéramos enviado de forma indirecta, a través de los conocidos o intermediarios, pero eran reticentes a concertar una entrevista (es decir, estarían dispuestas a participar en una investigación cuantitativa, que no siempre requiere la presencia del investigador, pero no a hacer una entrevista cara a cara: he aquí de nuevo la invisibilidad,).

Dado el escaso éxito de la búsqueda de informantes, decidimos analizar lo que había ocurrido.

Casualmente, las mujeres que habíamos localizado eran, en ambos casos, familiares de personas de íntima confianza de la investigadora principal,

y el hecho de que los investigadores “fuésemos de fiar, de confianza” del intermediario, facilitó esta “visibilización”, y se mostraron más seguras a la hora de concertar un cita, tal como posteriormente reconocieron.

Nuestros contactos nos habían dado referencias de otras mujeres, pero quizá el hecho de que no tuviéramos una relación tan cercana con estos contactos como con los anteriores pudo influir en que finalmente no quisieran ser entrevistadas.

Nuestra intención inicial era buscar mujeres lesbianas en la población general, pero dado que parecía que no existían o eran “invisibles”, decidimos continuar la búsqueda de informantes en lugares en los que se hicieran presentes. Pensamos en varias asociaciones de Madrid: COGAM (Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid) y FELGTB (Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales). Durante la búsqueda de documentación para la justificación del estudio, habíamos navegado por sus páginas web para informarnos sobre las actividades que llevaban a cabo y comprobamos que tenían un departamento sobre la salud de las personas homosexuales. A pesar de que éramos conscientes de que las mujeres “visibles” pertenecientes a COGAM podían tener un discurso diferente a las “invisibles”, puesto que tenían mayor facilidad de acceso a la información sanitaria, y más conciencia de grupo y conocimiento de sus propios riesgos, y dado que no conseguíamos contactar con ninguna otra mujer “anónima”, optamos por tomar esta vía de acceso a la muestra.

El primer intento de contacto con la asociación fue vía email, enviándoles un correo con una breve descripción del estudio, dirigido a las direcciones o jefaturas de cada asociación, de forma que se estableciera un contacto inicial que posteriormente pudiese facilitar la comunicación directa y presencial; pero no obtuvimos respuesta de ninguna de ellas. Pensamos que esto podría ser debido a varios motivos:

- No llegaron los emails a ninguna de las dos direcciones, o se perdieron en las carpetas de spam, etc.
- Pudiera ser que el contenido de la carta no fuera completamente adecuado, y se prestara a errores o confusiones en la interpretación de los fines del estudio, a pesar de referir que la investigación era acerca de la salud ginecológica y reproductiva de las mujeres lesbianas, y de carácter cualitativo.

- No me identifiqué como residente de matrícula perteneciente a la Unidad Docente del Hospital Gregorio Marañón, y quizá el desconocimiento de mi identidad pudiera causar reparos a la asociación, que protege a sus asociados.

Tras valorar que el e-mail no era la vía adecuada para ponernos en contacto con las instituciones, nos decidimos a acudir en persona directamente a la sede social de COGAM.

La sede social está en el centro de Madrid, y allí, tras comentar el tema del estudio y lo que necesitaba (buscaba el documento ILGA), me atendió la persona responsable del departamento de salud. Me comentó que pensaban llevar a cabo un estudio en esa misma línea, lo cual hace patente la pertinencia del tema investigado, y me facilitó varios ejemplares del documento ILGA así como diversos. Sin embargo, no conseguí ningún contacto en esta primera visita.

Al mismo tiempo, a través de un intermediario, pudimos acudir a la presentación pública de un trabajo de investigación sobre las “Necesidades de la población Homosexual y Transexual de la Comunidad de Madrid” (Martín Romero, Ródenas Pérez, Villaamil Pérez, 2009) (73), que tuvo lugar en la Concejalía de Familia del Ayuntamiento de Madrid. Allí entramos en contacto con algunas de las sujetas de nuestro estudio y con otras que nos hicieron de contacto intermedio.

A raíz de este proceso seguimos con un **muestreo en bola de nieve o avalancha**, teniendo en cuenta que la mayoría de estas mujeres eran visibles y activistas, y en paralelo, con las mujeres que iban apareciendo, tratamos de lograr un **muestreo intencionado** con sujetas que se adecuaban a las características que nos interesaban para el estudio, es decir, a la muestra teórica inicial.

Nos pusimos en contacto con estas mujeres vía email, les comunicamos la intención de realizar un grupo de discusión. Algunas no querían o no podían participar en el estudio, pero facilitaron otros contactos. De este modo enviamos una gran cantidad de e-mails, pero a pesar de todo, bastantes no fueron respondidos. También intentamos contactar vía telefónica, pero en muchos casos tampoco hubo contestación. De nuevo aparecían dificultades, y pensamos que podría ser debido a que guardaban celosamente su intimidad y su identidad ante desconocidos: nosotros, los investigadores.

Afortunadamente, una de las sujetas voluntarias, activista y perteneciente a una de las asociaciones, que colaboró en la difusión del estudio, se convirtió en informante clave y en facilitadora (74) y a través de ella, conseguimos seleccionar a algunas de las participantes del grupo de discusión y entrevistas.

El grupo de discusión se llevó a cabo en un aula de la Agencia Laín Entralgo, que nos fue facilitada a través de contactos de la tutora del proyecto. El número inicial de supuestas participantes en el grupo iba a ser elevado (14 mujeres), pero luego resultó que acudieron muchas menos: 4 mujeres. Tras analizar los motivos por los que no habían acudido el resto, concluimos que podría ser debido a varios motivos:

- Pudo haber un error en la transmisión de la información, puesto que algunas mujeres pensaban que se trataba de acudir a un grupo para "recibir ellas formación en salud", es decir, que acudían de oyentes y no de debatientes.
- Otras refirieron dificultades de horario y fecha.
- Finalmente alguna otra decidió no acudir aludiendo motivos relacionados con conflictos personales con alguna de las participantes.

A pesar de todo, tratamos de formar un nuevo grupo en otro momento con las mujeres que no habían acudido, o bien concertar una entrevista personal, pero lo cierto es que de nuevo encontramos bastantes dificultades para contactar con ellas o bien, se excusaron alegando otras actividades que les impedían colaborar. Con todo esto, nuestro ánimo decaía pues habíamos logrado una escasa muestra, pero no dejamos de tener en cuenta también que estábamos en plena época estival y posiblemente, muchas personas se encontraban de vacaciones.

Tras esto, y dado que las características de las sujetas que teníamos hasta ahora eran comunes en algunos puntos (por ejemplo, tenían relación en mayor o menor grado con asociaciones activistas y se movían en las mismas franjas de edad), decidimos centrarnos ampliar la muestra hacia otros rangos de edad y características, con el objetivo de cubrir las necesidades de información que íbamos detectando en los primeros resultados del estudio.

Pero esta nueva fase de aproximación también tuvo grandes dificultades, puesto que se repitieron los mismos problemas que antes hemos comentado, y a esto hay de añadir que las mujeres que inicialmente no habíamos incluido (puesto que conside-

ramos que en esa fase no cumplían características, pero que quizá más adelante sí se adecuaban a los perfiles), tampoco parecían tener disponibilidad en este momento.

Comenzamos con una segunda bola de nieve, por si en el momento actual nuestros contactos pudieran localizar a alguna candidata al estudio. Y decidimos extender la búsqueda a través de internet, en blogs y redes sociales, siguiendo la sugerencia de alguna de las mujeres informantes o facilitadoras con las que habíamos contactado.

Algunos teóricos han analizado cómo en los últimos años se ha producido una nueva revolución de las tecnologías de la información, protagonizada sobre todo por Internet. Las comunicaciones mediadas por ordenador han variado las costumbres comunicativas de un gran segmento de la sociedad, al menos en los países occidentales. Por ello, no tiene nada de extraño que se utilice el ciberespacio como herramienta de investigación, algo que ya ha sido utilizado en otros estudios previamente, para acceder a población que de otra manera es difícil de localizar o está invisibilizada. Internet ha hecho posible la emergencia de un nuevo modo de interacción social, así como la aparición de comunidades virtuales y la articulación de movimientos sociales y culturales que usan la Red como un atributo que articula su existencia y define su identidad. La comunidad gay, lesbiana, bisexual y transexual constituye un ejemplo de este proceso.

Por otra parte, los diferentes modos de comunicación electrónica, como los chats, el correo electrónico, las listas de distribución o los foros de discusión son espacios abiertos, públicos y colectivos que permiten la participación en ellos como usuario anónimo, sin otras marcas de identificación que las que el propio internauta quiere revelar. La ausencia de representación física y visible es vivida por muchos internautas, especialmente aquellos que se adscriben a identidades estigmatizadas, como gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, como una liberación de los constreñimientos sociales y culturales. Ante la posibilidad de enfrentar el rechazo, la Red se establece como un espacio liberador, como centro de experimentación o como medio de autoafirmación y combate. (75).

Por tanto, nos registramos en un foro que frecuentan mujeres lesbianas y pusimos un anuncio en busca de mujeres lesbianas o bisexuales jóvenes que quisieran participar en un estudio sobre salud. La respuesta fue muy escasa, puesto que únicamente establecimos comunicación vía e-mail con 3

mujeres, con las que tampoco logramos concertar una entrevista personal. Sin embargo, reconocieron que sí estaban dispuestas a responder por email un cuestionario o test. Analizando esto, de nuevo entendemos que puede ser debido a varios motivos:

- Internet, como anteriormente hemos visto, es una vía que permite el anonimato, lo cual por un lado facilita la visibilidad de aquellos que son invisibles, pero al mismo tiempo, al ser un medio de comunicación frío e indirecto, cabe la posibilidad de dudar de las intenciones de la persona que está al otro lado, puesto que no hay comunicación visual. Podría ser que algunas de las mujeres dudasen de nuestra identidad, honestidad, de la veracidad del estudio e incluso pudieran pensar que podían correr algún tipo de riesgo (puesto que se trataba de concertar una cita con alguien desconocido). A pesar de todo, nos parecía que seguía siendo necesario para el estudio mantener nuestro anonimato al máximo posible.
- Convenir una cita supone hacerse visibles por completo, tema del que ya hemos hablado anteriormente.
- La vida en la gran ciudad (recordemos que buscamos sujetas de zonas urbanas) es muy compleja, los horarios son difíciles para conciliar aspectos laborales y personales, y más para comprometerse si no hay una fuerte motivación. Entendemos que es más sencillo contestar un cuestionario desde casa, en cualquier momento, que buscar un espacio y un tiempo para participar en una entrevista.

En nuestra búsqueda intencionada, una de las variables incluidas era que las mujeres tuvieran algún hijo, preferentemente mediante técnicas de reproducción asistida, bien en solitario o bien con su pareja mujer. Esto supuso una dificultad mucho mayor a las que ya teníamos hasta el momento, ya que con nadie conocía a nadie con estas características. Pero a través de las facilitadoras anteriormente mencionadas, logramos los datos de dos mujeres, pero fui imposible contactar con ellas por ninguna vía. Finalmente, tras varios intentos, tuvimos la oportunidad de hablar con una de estas mujeres y nos comentó que lamentaba no participar en el estudio pero que era una forma de proteger a su hijo.

Por tanto, de nuevo se nos abría la posibilidad de continuar la búsqueda de sujetas vía internet. Empezamos por un acercamiento a la comunidad objeto de estudio desde lo "material" (analizando

artículos, publicaciones, revistas...) y también desde lo virtual (a través del análisis de webs y blogs, donde las mujeres expresaban de forma libre su deseo de maternidad, el proceso por el que estaban pasando, sus dificultades, sentimientos, etc). De este modo, tras visitar varios blogs de mujeres lesbianas madres, decidimos enviar varios emails a las autoras de los mismos.

En cuanto a los emails enviados a las "bloggeras", únicamente una de ellas contestó. Y finalmente conseguí concertar una entrevista con ella, pero no con su pareja, que mostraba reticencias sobre citarse con alguien conocido a través de internet. Ya anteriormente hemos hablado de estas dificultades, a las que añadiremos una nueva, y es que podría ser un mecanismo para velar por la seguridad de un menor, puesto que a pesar de la legislación, el tema de las familias homoparentales sigue causando controversia social.

Dificultades, Conflictos Éticos y Limitaciones del Estudio

Al iniciar la investigación, éramos conscientes de que encontraríamos dificultades y una serie de limitaciones. No obstante, además de la dificultad más importante, la invisibilidad de las mujeres lesbianas y bisexuales, a lo largo del estudio aparecieron otras dificultades añadidas, que pusieron a prueba nuestra habilidad de investigación, y que en algunos casos tienen que ver con aspectos éticos.

En la fase inicial de búsqueda de sujetas, y para tratar de no sesgar las opiniones de las participantes en cuanto a lo que pensaban sobre los profesionales sanitarios, se ocultó la identidad de la investigadora principal del estudio, es decir, profesión y trabajo que realiza: enfermera cursando la especialidad de obstetricia y ginecología.

Así mismo, también para evitar no influir en las opiniones de las mujeres en cuanto a la atención sanitaria que reciben, no se reveló el lugar de trabajo y el centro al que pertenece la autora, que es el Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Este ocultamiento inicial supuso, primero, un conflicto para la investigadora principal, puesto que sentía que de alguna manera estaba mintiendo a las sujetas participantes. Y en segundo lugar, supuso una dificultad a la hora de contactar con ellas, puesto que prácticamente todas preguntaban quien llevaba a cabo el estudio, qué organismo lo amparaba o bajo que tutela estaba el proyecto. Este hecho nos parece

que es de gran importancia para aportar seriedad a la investigación y credibilidad por parte de las participantes, que en muchos casos, han hecho el esfuerzo de hacerse visibles y por ello merecen todo nuestro respeto y toda la transparencia posible.

Hay que añadir también que en varios casos, las sujetas dieron por supuesta la identidad sexual de la autora del estudio, suponiendo que era también bisexual o lesbiana, y de alguna manera, sintiendo que era una más del colectivo, y que la investigación pudiera representar parte de una lucha por los derechos del grupo. Hay que señalar también que en varias ocasiones las entrevistadas sí preguntaron abiertamente a la investigadora por su orientación sexual, y mostraron su sorpresa y curiosidad al revelar la investigadora que no pertenecía al colectivo, sino que su interés partía del hecho de ser profesional de la salud, especialista en salud de la mujer, y que por tanto el objetivo era conocer mejor las necesidades de este grupo de población.

Si las relaciones en el campo se basan generalmente en la confianza mutua de complicidad o amistad entre el investigador y sus informantes, como dice Rabinow¹⁰, estábamos en cierto modo traicionando esa confianza o complicidad con las sujetas: no revelábamos nuestra profesión, ni lugar de trabajo, y en cierto modo, parecíamos formar parte del colectivo. Esto se mantuvo durante toda la investigación.

Otra de las dificultades que surgieron fue ubicar un lugar para realizar la entrevista. En algunos casos, la entrevistada ofreció su propia casa como lugar para concertar la cita, facilitando así la grabación y el acercamiento a temas tan íntimos como los que trata el trabajo. Sin embargo, no siempre fue así, y al no disponer de un lugar concreto para reunirme con ellas (como hemos comentado, se ocultó la identidad, con lo cual quedaba descartado el uso de aulas del hospital), fue preciso realizar las entrevistas en cafeterías, sugeridas siempre por las mujeres, con el fin de que se sintieran con la mayor comodidad posible. Las grabaciones resultaron llenas de interferencias y ruidos ambientales, que dificultaron la posterior transcripción, pero no la impidieron.

Del mismo modo, y dado cómo iba avanzando la búsqueda de informantes, surgió la necesidad de pensar sobre ciertos aspectos técnicos, éticos y metodológicos de nuestra práctica en contextos virtuales. La comunicación mediada por ordenador,

una de nuestras principales herramientas de investigación, además de estar enteramente condicionada por aspectos técnicos en los que fuimos ganando pericia, nos obligó a plantear la importancia metodológica que tienen los aspectos reflexivos y la construcción de nuestra propia identidad como investigadores, algo ya comprobado en investigaciones virtuales previas¹¹.

Investigar en foros y blogs, al principio, nos resultó algo éticamente reprobable, puesto que en cierto modo sentíamos que estábamos "invadiendo" su intimidad, algo así como ser un "voyeur", como espiar lo que hacían las mujeres, en este caso, las madres lesbianas. Pero al mismo tiempo, éramos conscientes de que estas mujeres compartían parte de su vida en internet, en blogs, haciéndola pública de forma voluntaria, y por tanto, imaginamos que asumiendo las consecuencias que esto puede tener: hacerse visibles para cualquiera.

Somos conscientes de las limitaciones y vacíos de nuestra investigación, algunas mujeres a las que, por diferentes motivos, no hemos tenido acceso, como son las pertenecientes a clases altas o muy bajas, o bien las minorías étnicas o las inmigrantes económicas, mujeres de ámbito rural, así como mayor número de mujeres sin pareja, madres no biológicas, mujeres con patología ginecológica grave, etc, que pueden aportar aspectos diferentes e interesante a la investigación.

Creemos en relación a esto que sería muy interesante avanzar en el estudio localizando a mujeres con estas características no activistas, con las que nos ha sido más difícil contactar, puesto que se mueven en círculos diferentes a las mujeres de las asociaciones, y por tanto, suponemos que tienen menor acceso aun a los recursos, tanto informativos como socio-sanitarios.

Por esto, porque nos interesaba conocer los cursos de las mujeres más anónimas e invisibles y no únicamente los de las activistas, y debido también a limitaciones temporales y de recursos, la muestra lograda es limitada, por lo que creemos que esta investigación no puede quedar cerrada. Supone un primer acercamiento a la salud ginecológica, sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas y esperamos poder seguir ampliando y profundizando los contenidos estudiados.

10. Rabinow P. Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos. Madrid: Júcar; 1992.

11. Ardevol E; Beltrán M, Callén B, Pérez C. Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. Athenea Digital, núm. 3. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2003. Disponible en: <http://antalaya.uab.es/athenea/num3/ardevol.pdf>

Además, sería también enriquecedor aproximarse a la visión que tienen los profesionales sanitarios (enfermeras, matronas, médicos de familia y ginecólogos), para conocer su formación en el tema, su percepción de los riesgos de salud de estas mujeres y las barreras que identifican, pero por factibilidad no ha sido posible incluirlos en el proyecto.

Nuestro trabajo de campo finalizó al terminar el mes de enero de 2010, que realizamos las últimas entrevistas. Para esta fecha la muestra conseguida era la siguiente:

- Un grupo de discusión (4 participantes)
- 10 entrevistas semiestructuradas.

Inicialmente decidimos que era importante conocer la profesión, lugar de trabajo y estudios exactos de estas mujeres para poder establecer una relación con su discurso, y efectivamente, creemos que es importante diferenciar a las que se dedican al sector sanitario frente a aquellas que están más relacionadas con otros sectores, puesto que las primeras pueden tener mayor acceso a la información y recursos. Pero a medida que avanzábamos en la investigación se iba haciendo reiterativa la petición de las participantes de que se guardara su anonimato, y esto nos hizo que nos planteásemos un cambio. Finalmente, y agradeciendo enormemente su colaboración, hemos dado prioridad a la confidencialidad de las mujeres, tratando de no desvelar datos personales que puedan hacerlas visibles o que se vean reconocidas en el estudio, a pesar de que sabemos que esto puede ir en detrimento de la discusión de los datos y conclusiones del mismo.

Los perfiles de las mujeres captadas se relatan en una serie de cuadros a continuación (**Tablas 1, 2 y 3**).

PLAN DE TRABAJO

El grueso de este proyecto se ha llevado a cabo durante finales de 2009 hasta mayo 2010, y se inició cursando a la vez la Residencia de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

Investigadora principal: Matrona. Lo ideal sería llevar a cabo el proyecto con la participación de al menos otra enfermera especialista en obstetricia y ginecología.

Dada la temporalidad del estudio, el cronograma propuesto de trabajo podría ser el reflejado en la **Tabla 4**.

Medios disponibles para realizar el proyecto

No hemos contado con ningún tipo de financiación, por lo que hemos utilizado la auto-financiación y autogestión (los gastos han sido enteramente pagados por la investigadora principal), y por tanto el presupuesto ha sido muy limitado.

- Recursos Humanos

- Investigadora Principal

- Recursos Materiales

- Ordenador portátil, memoria externa, impresora y cartuchos
- Conexión a internet
- Teléfono móvil
- Libreta, bolígrafos, folios, etc

Otros recursos deseables para realizar el proyecto

- **Recursos Humanos:** Sería interesante disponer además de la colaboración de:

- Segunda investigadora
- Persona que transcriba las grabaciones

- **Recursos Materiales:** Sería interesante disponer además de:

- Segunda grabadora
- Disco duro de seguridad
- Regalos a las participantes
- Financiación para conseguir bibliografía

En el caso de que fuera posible conseguir algún tipo de financiación, que permitiera ampliar el estudio, un presupuesto piloto podría ser el de la **Tabla 5**.

Tablas de composición de la muestra	Notas					
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas (total 10 realizadas): Denominadas como ME, con los números adjudicados a las mujeres 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14. - Grupo (total 4 participantes): Denominadas como MG, con los números adjudicados a las mujeres 8, 9, 11, 13. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los colores del cuadro indican las franjas de edad de las participantes. - La orientación o identidad sexual, dividida en Lesb (lesbiana) o Bisex (bisexual) era la que la mujer utilizaba para autodeterminarse. - La indicación en el apartado de Activismo señalada como "r/c" (relacionada con) significa que aunque no pertenece a la asociación, tiene cierta relación indirecta con algunas actividades y/o acude para socializarse. - Periferia implica todos aquellos pueblos o ciudades fuera del municipio de Madrid. 					
<table border="1"> <tr><td style="background-color: #d9ead3;"></td><td><35 años</td></tr> <tr><td style="background-color: #d9ead3;"></td><td>>35 y <45 años</td></tr> <tr><td style="background-color: #ead1dc;"></td><td>>46 años</td></tr> </table>			<35 años		>35 y <45 años	
	<35 años					
	>35 y <45 años					
	>46 años					

Tabla 1. Total mujeres de la muestra.

MUJER	ORIENTACIÓN / IDENTIDAD	EDAD	PAREJA	HIJOS	ESTUDIOS / TRABAJO	RESIDENCIA	ACTIVISMO
ME.1	Lesb	25	SI	NO (su pareja tiene 1 hija)	BASICOS: Graduado Escolar / En Paro	Madrid sureste	NO
ME.2	Lesb	26	SI	NO	MEDIOS: Módulo rama sanitaria / En Paro	Madrid suroeste	NO
ME.3	Bisex	32	SI	NO	UNIVERSITARIOS: Licenciatura artística / Sector servicios telecomunicaciones	Madrid suroeste	SI
ME.4	Lesb	33	SI	NO	UNIVERSITARIOS: Licenciatura en Ciencias / Sector social	Periferia sur	SI
ME.5	Lesb	34	SI (casada)	SI (inseminación)	UNIVERSITARIOS: Diplomatura sector sanitario / Excedencia maternal	Madrid este	NO
ME.6	Lesb	37	SI (casada)	SI (inseminación)	UNIVERSITARIOS: Licenciatura en Humanidades / Docencia / Escritora	Madrid sureste	NO (antes sí)
ME.7	Lesb	40	NO	NO	MEDIOS: Módulo sector servicios administración y gestión / Sector bancario	Madrid sureste	NO
MG.8	Lesb	42	SI	NO	MEDIOS: cursando estudios universitarios humanidades / Sector servicios sociales y comunidad	Madrid centro	NO (r/c)
MG.9	Bisex	43	SI	NO	UNIVERSITARIOS: Diplomatura sector social / En paro	Madrid centro norte	SI
ME.10	Lesb	45	SI (casada)	SI (de su pareja por inseminación)	UNIVERSITARIOS: Licenciatura en artes / Escritora / Docencia	Madrid sureste	NO (antes sí)
MG.11	Lesb	47	NO	NO	MEDIOS: Sector servicios/Sector Industria artes gráficas	Periferia este	NO (r/c)
ME.12	Lesb	52	SI	SI (de pareja heterosexual previa)	UNIVERSITARIOS: Licenciatura en artes y construcción / Sector social y comunitario	Otra comunidad autónoma	SI
MG.13	Bisex	53	SI (casada)	SI (de pareja heterosexual previa)	MEDIOS: Módulo sector social / En paro	Periferia sur	SI
ME.14	Lesb	62	NO	NO	BÁSICOS: Graduado escolar / Jubilada por Invalidez	Periferia este	NO (r/c)

Tabla 2. Mujeres entrevistadas.

MUJER	ORIENTACIÓN / IDENTIDAD	EDAD	PAREJA	HIJOS	ESTUDIOS / TRABAJO	RESIDENCIA	ACTIVISMO
ME.1	Lesb	25	SI	NO (su pareja tiene 1 hija)	BÁSICOS: Graduado Escolar / En Paro	Madrid sureste	NO
ME.2	Lesb	26	SI	NO	MEDIOS: Módulo rama sanitaria / En Paro	Madrid suroeste	NO
ME.3	Bisex	32	SI	NO	UNIVERSITARIOS: Licenciatura artística / Sector servicios telecomunicaciones	Madrid suroeste	SI
ME.4	Lesb	33	SI	NO	UNIVERSITARIOS: Licenciatura en Ciencias / Sector social	Periferia sur	SI
ME.5	Lesb	34	SI (casada)	SI (inseminación)	UNIVERSITARIOS: Diplomatura sector sanitario / Excedencia maternal	Madrid este	NO
ME.6	Lesb	37	SI (casada)	SI (inseminación)	UNIVERSITARIOS: Licenciatura en Humanidades / Docencia / Escritora	Madrid sureste	NO (antes sí)
ME.7	Lesb	40	NO	NO	MEDIOS: Módulo sector servicios administración y gestión/ Sector bancario	Madrid sureste	NO
ME.10	Lesb	45	SI (casada)	SI (de su pareja por inseminación)	UNIVERSITARIOS: Licenciatura en artes / Escritora / Docencia	Madrid sureste	NO (antes sí)
ME.12	Lesb	52	SI	SI (de pareja heterosexual previa)	UNIVERSITARIOS: Licenciatura en artes y construcción / Sector social y comunitario	Otra comunidad autónoma	SI
ME.14	Lesb	62	NO	NO	BÁSICOS: Graduado escolar / Jubilada por Invalidez	Periferia este	NO (r/c)

Tabla 3. Mujeres del grupo de discusión.

MUJER	ORIENTACIÓN / IDENTIDAD	EDAD	PAREJA	HIJOS	ESTUDIOS	RESIDENCIA	ACTIVISMO
MG.8	Lesb	42	SI	NO	MEDIOS: cursando estudios universitarios humanidades / Sector servicios sociales y comunidad	Madrid centro	NO (r/c)
MG.9	Bisex	43	SI	NO	UNIVERSITARIOS: Diplomatura sector social / En paro	Madrid centro norte	SI
MG.11	Lesb	47	NO	NO	MEDIOS: Sector servicios / Sector Industria artes gráficas	Periferia este	NO(r/c)
MG.13	Bisex	53	SI (casada)	SI (de pareja heterosexual previa)	MEDIOS: Módulo sector social / En paro	Periferia sur	SI

Tabla 4. Cronograma del proyecto.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO	
Revisión bibliográfica y estado actual del tema	12 semanas
Diseño del proyecto	8 semanas
Recogida de datos (realización de entrevistas y grupos de discusión)	20 semanas
Transcripción de datos grabados	10 semanas
Clasificación y análisis del material	10 semanas
Redacción del informe	8 semanas
TOTAL	68 semanas

Tabla 5. Presupuesto económico proyecto de investigación.

RECURSOS NECESARIOS	EUROS
RECURSOS HUMANOS	
2 Matronas a Tiempo Parcial (<i>revisión bibliográfica, realización de entrevistas y grupos de discusión y análisis y difusión de datos durante 68 semanas</i>)	9.000 €
Personal transcriptor de las grabaciones	900 €
RECURSOS MATERIALES	
INVENTARIABLES	
2 Grabadoras	130 €
1 Ordenador portátil	700 €
1 Impresora scanner y consumibles	150 €
1 Pen Drive (<i>memoria USB</i>)	30 €
1 Disco duro externo (<i>seguridad</i>)	90 €
FUNGIBLES	
Material de oficina (<i>libretas, folios, bolígrafos, etc</i>)	40 €
GASTOS VARIADOS	
Bibliografía (<i>libros y artículos</i>)	300 €
Llamadas telefónicas	200 €
Conexión a internet	250 €
Dietas de campo *	200 €
Obsequio a las participantes *	150 €
Movilidad de las investigadoras (<i>metro, autobús, coche...</i>)	200 €
Divulgación de los resultados del estudio (<i>viajes y dietas por asistencia a congresos y eventos relacionados</i>)	1000 €
TOTAL	13.340 €
<p>* Notas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dado el carácter de pilotaje del proyecto y los medios disponibles durante su realización, no pudieron ofrecerse obsequios adecuados a las participantes. - Las dietas de campo se refieren a las invitaciones a refrigerios, etc, a las entrevistadas. 	

ANÁLISIS

Pautas y comportamientos generadores de salud: conceptos

Prevención y Revisiones sanitarias

Según el informe ILGA, las lesbianas y mujeres bisexuales no acuden con regularidad al ginecólogo. En nuestra investigación, no hemos encontrado una generalidad en este sentido, pero sí cierta resistencia a acudir a las consultas ginecológicas. Esto lo relacionan con varios factores, entre ellos el hecho de que muchas mujeres piensan que no es relevante o no han visto la necesidad de realizarse una revisión o control ginecológico. El discurso es similar tanto en las mujeres no activistas como en las activistas, incluso entre las que trabajan en asociaciones de lesbianas.

Esto es lo que nos decían las mujeres lesbianas, activistas y no activistas, menores de 35 años:

- *"Hasta los 30 años yo no me había hecho una prueba de ginecología"* (ME.3).
- *"Sí que es cierto que, en líneas generales, por lo que he percibido y por lo que luego practicamos cada una de nosotras, sí que hay un déficit en ir a demandar servicios de salud ginecológica [...] Y luego personalmente, pues sí, de vez en cuando, quizá no con toda la periodicidad que debería, pero sí que me hago estudios ginecológicos"* (ME.4).
- *"Desde mi última relación heterosexual, hace 15 años, hasta ahora, ni una citología, ni una ecografía, ni nada de nada. De hecho, como te he dicho, yo iba a los centros de planificación familiar, y si ya no había nada que planificar pues..."* (ME.5).

La siguiente mujer, lesbiana de 37 años, y recientemente madre de un bebé, comentaba:

- *"Antes es que yo no iba al ginecólogo. Pues porque era muy joven y no... No me preocupaba. Antes de los últimos 8 años, es que no recuerdo haber ido al ginecólogo, la verdad. Yo creo que no he ido... un día dices, "habrá que ir", no se... (Risas)...y fui. Pues por hacerme una revisión, saber que todo estuviera bien y eso, pero por nada en concreto...No, esto que cumples los 30 y dices "uy, habrá que irse poniendo" (ME.6).*

Esto mismo confirmaban las mujeres activistas mayores de 36 años:

- *"No, y otras porque piensan: ¿para qué voy a ir? si no mantengo una relación sexual con penetración, si no me voy a quedar embarazada"* (MG.9).
- *"Por eso la mujer lesbiana eh... ahora ha dado un paso muy grande dentro de la salud y el cuidado, que no iban al ginecólogo, como rechazaban todo el show....siempre se hablaba de que las mujeres lesbianas nunca iban a una revisión y a todas esas cosas....todavía pasa hoy, y mucho"* (ME.12).

Como ya comentamos anteriormente, la FELGTB llevó a cabo una iniciativa en España para concienciar a las mujeres lesbianas y bisexuales de la importancia del cuidado a nivel ginecológico y la necesidad de realizar visitas de forma regular (**Figura 1**).

Así mismo, iniciativas similares han surgido en otros países, siempre llevadas a cabo por asociaciones del colectivo.

De hecho, existe una idea bastante generalizada entre las mujeres lesbianas de que este tipo de controles ginecológicos son sólo importantes para las mujeres que utilizan anticonceptivos o bien que desean un embarazo. Así lo han manifestado, y parece existir cierta relación entre el haber mantenido relaciones heterosexuales, haber tomado anticonceptivos hormonales alguna vez y el hecho de acudir con mayor regularidad o de forma más temprana al ginecólogo. En muchos casos, las mujeres lesbianas entrevistadas, comenzaron a tener relaciones sexuales con hombres y no con mujeres, y fue el motivo que desencadenó el inicio de las revisiones ginecológicas, que en muchas ocasiones, una vez que dejan de tener relaciones con hombres y las mantienen únicamente con mujeres, supone un cese o disminución de las visitas ginecológicas:

- *"Hombre, pues yo normalmente acudo las veces que tenga que acudir, no sé, tampoco soy muy asidua, salvo que...no es lo mismo tener una relación sexual con una mujer que estar con hombres, que lo llevas más cuidadosamente, procuras más cuidarte.[...] Yo creo que habré empezado a ir al ginecólogo a partir de los 18 años. Y empecé pues porque...tenía relaciones con hombres y eso, pues igual, para prevenir, la píldora, para relaciones sexuales y cosas así.... Luego deje de ir...y dejé de ir porque me dejé de preocupar. Porque como todo iba bien, siempre bien y tal..."* (ME.1).

Figura 1. Campaña concienciación revisiones ginecológicas para mujeres lesbianas y bisexuales.



No esperes a tener molestias, anomalías como llagas, picores, exceso de flujo, etc. para tener que acudir a tu ginecolog@, ya que en ocasiones las infecciones o el cáncer no presentan síntomas

Conoce tus mamas explóralas regularmente para detectar cualquier anomalía a tiempo.

No dejes de acudir por falsas creencias

Subvencionado por:



Promueve:



Fotografía y diseño:
Silvia&Neus

Información extraída del Informe: "La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales" elaborado por ILGA y editado en español gracias a la AECl.

Más información en:

<http://www.felgtb.org/temas/salud-y-vih-sida>
<http://www.lafulana.org.ar/home.htm>
<http://www.aecc.es/ESP/Informacion+Cancer/Prevencion/autoexploracion.htm>



Una lesbiana o bisexual que se quiere y se cuida

¿Eres tú, verdad?

Ve al ginecolog@, acude a tu otra cita

Rompiendo Mitos

Mito

Las lesbianas y bisexuales no necesitamos ir al ginecolog@

Realidad

El Cáncer de Útero, el de Mama, las ITS y el VIH también nos afectan

Pasa de mitos tu salud esta en juego



Si nunca has ido al ginecolog@, no lo pienses dos veces y PIDE CITA

Conquistando espacios

Visibilízate ante tu ginecolog@

Cuéntale las prácticas sexuales que realizas para que pueda informarte, darte consejos sobre cómo cuidarte, y realizarte las pruebas más adecuadas.

Deja el miedo en la puerta y apuesta por tu salud

La vergüenza y el miedo nos perjudican a nosotras mismas y pueden perjudicar a las mujeres y/o hombres con los que podemos relacionarnos. Exprésate con normalidad, pues es un@ profesional de la salud y necesita tu sinceridad para poder atenderte correctamente.

Consejos para la primera visita

Pídele a alguien de confianza que te acompañe para que sea más fácil. Con el tiempo verás que encuentras mucha normalidad en estas consultas. Pregunta a amigas tuyas que hayan ido qué tipo de cuestiones suelen preguntar en la consulta y así poder prever situaciones

Tienes derecho a esta atención, ¡aprovéchala!

Quiérete, Cuidate

Prestar atención, querer y cuidar de nuestro cuerpo es fundamental para disponer de una salud adecuada:

- **Cuida tu estilo de vida**
Realiza actividades físicas, evita el sobrepeso y la obesidad, consume alcohol con moderación, evita o deja de fumar, cuida tu alimentación, etc.
- **Detecta posibles anomalías**
Sangrado entre menstruaciones, exceso de flujo, molestias en los genitales, cambios en los pechos en comparación con el mes anterior, etc.
- **Practica sexo seguro**
Utiliza guantes y barreras de látex, preservativos y lubricante en tus relaciones sexuales con otras mujeres.
- **Hazte revisiones ginecológicas**
De forma periódica, acorde a tu edad y antecedentes familiares, recomendable una vez al año a partir de los 18 o después de tu primera relación sexual.

- "Antes sí, cuando era más pequeña, con 13 años o 14, como empecé a tener relaciones sexuales con chicos, sí me hacía revisiones, y además, para tomarme la píldora... todos los años analíticas y tal. Pero ya al estar con una mujer como que no... En el momento en que empiezo a salir con mujeres ya no" (ME.5).
- "Aunque yo soy muy despistada para los médicos, pero sí que he ido al ginecólogo desde el principio, desde que tuve la regla... no sé, yo tuve

novio, y desde que empecé a tener relaciones sexuales yo empecé a ir al ginecólogo con regularidad... Yo luego no soy regular, pero es verdad que empecé pronto. No soy de esas personas que tienen 35 años y no han ido al ginecólogo como hay mucha gente, yo sí que empecé desde el principio, desde los 20 regularmente... Porque me dijeron creo que debía de ir, simplemente. Y luego también, por métodos anticonceptivos, una mezcla de las dos cosas. Y luego no he sido regular por dejadez... por despiste" (ME.7).

Esta idea no es única de las mujeres lesbianas, también las mujeres bisexuales entrevistadas tienen un discurso similar en este sentido. Parece que las mujeres bisexuales o las lesbianas que han tenido alguna vez relaciones sexuales con varones, o que han utilizado anticonceptivos hormonales, han acudido más precozmente a las consultas de ginecología. Sin embargo, dejan de acudir o prologan los tiempos entre revisiones cuando dejan de tener relaciones heterosexuales y cuando ya no hay riesgo de embarazo. Esto es lo que comentaba una de las mujeres del grupo de discusión, bisexual y activista:

- *"Claro, si no hay penetración, y no hay hijos, pues entonces ¿para qué?. Porque normalmente las primeras veces que vas al ginecólogo, (yo tengo 42 años y también tuve relaciones con hombres), entonces yo me voy para atrás y mis amigas, pensando: ¿por qué íbamos al ginecólogo?? [...] Normalmente se iba al ginecólogo para los anticonceptivos, o porque tenías algún problema de un dolor o unas reglas irregulares, porque si no, normalmente ibas al ginecólogo para la anticoncepción, por lo tanto... eso lo tenemos muy metido las mujeres, los anticonceptivos. Y si no hay penetración tampoco, entonces, ¿para qué?, si no me duele nada, si yo estoy bien"* (MG.9).

En este sentido, hay que señalar que la mayoría de las mujeres entrevistadas, lesbianas o bisexuales, habían mantenido alguna vez en su vida relaciones heterosexuales (al menos 10 de las 14 mujeres), y el resto no lo expresaron abiertamente, y no se planteó como una de las preguntas de la entrevista. No pretendemos mostrar representatividad estadística con nuestra muestra, y tampoco es esperable puesto que nuestro estudio es cualitativo, pero no por ello deja de llamarnos la atención y nos parece importante remarcarlo, puesto que además, forma parte de las características del colectivo. Dos de las mujeres entrevistadas, activistas de dos asociaciones diferentes dentro del colectivo, remarcaban este hecho en sus comentarios, la realidad de que muchas han mantenido en alguna ocasión relaciones heterosexuales con coito vaginal:

- *"A partir de ahí empezarán a utilizar espéculos determinados, virginales que los llaman, para las mujeres que no han mantenido relación nunca con un hombre, porque las hay, no hay muchísimas pero las hay"* (ME.3).

- *"[...] también hay que saber que muchas lesbianas jamás han tenido relaciones heterosexuales, muchas si pero otras no, y esto es muy importante"* (ME.12).

Sobre esto también se hizo algún comentario en el grupo de discusión:

- *"[...] no son muchas las lesbianas que son lesbianas de toda la vida y que jamás han tenido una relación con hombres. Luego muchas ya la dejan de tener, y ya son lesbianas el resto de su vida, pero no es nada raro [...]"* (MG.8).

Este tema ya fue tratado por Inmaculada Mújika (40), que señalaba en su estudio sociológico sobre mujeres lesbianas que el matrimonio o las relaciones heterosexuales, especialmente en mujeres más mayores, es algo frecuente.

El inicio de las relaciones sexuales con hombres, en el caso de las mujeres que se definen como lesbianas y no como bisexuales, tiene que ver con la situación social y familiar del momento, como veremos más adelante. Durante muchos años la sociedad ha reprimido la sexualidad de las mujeres, especialmente de las mujeres lesbianas y bisexuales, que en algunos casos se han visto obligadas a casarse con un hombre, presionadas por estos condicionantes sociales, y en otros casos por su propia dificultad de autoaceptación: comenzar una relación heterosexual era un paso previo a la autoidentificación y la autoaceptación como lesbianas, en cierto modo, para "darse cuenta" de que realmente no se sentían atraídas por los hombres. En otros casos, sin embargo, también por una cuestión de accesibilidad al disfrute sexual, no tanto relacionado con el sentimiento amoroso, sino simplemente sexo compartido. Así lo expresaba una de las mujeres entrevistadas, la más mayor del grupo, con 62 años de edad:

- *"Yo creo que soy lesbiana desde que empecé a enamorarme de mi profesora a los 10-12 años, pero después he tenido relaciones con tíos, y muy bien, pero yo de los hombres no me enamoro, me enamoro de las mujeres.[...]. Entonces, primero: con los hombres ya hace doscientos años que no...La última relación fue cuando me desvirgaron a los 33 años, ique ya estaba bien!; pero bueno, ya anteriormente yo tenía mis historias, pero sin penetraciones"* (ME.14).

Otras dos mujeres, unos quince o veinte años más jóvenes y que también se identifican como lesbianas, comentan lo siguiente:

- *"Pues empecé porque yo creo que el sexo es una necesidad, y empecé a tener relaciones sexuales, simplemente. Pero nada que ver...Yo disfruto con un hombre, no tengo ningún problema en relaciones sexuales con los hombres, siento perfectamente. Pero no tengo las maripositas en el estómago que tengo con una mujer, ¿vale?. Entonces, yo con los hombres me sentía cómoda, y además, la vida no me dejaba tener relaciones con mujeres en aquella época. Y entonces, como la vida no me dejaba, pues tenía que tener relaciones sexuales; ¿con quién?: pues con hombres...iii¿con quién las iba a tener?! Date cuenta, que la sociedad, hace 25 años...yo la 1ª vez que me enamore de una mujer tenía 12 años, en 6º de EGB, hace 28 años en España, ¿quien decía que le gustaba una mujer?" (ME.7).*
- *"Cuando era joven, tuve un periodo, en la veintena, tenía muchas muchas, muchas relaciones sexuales con hombres, relaciones sin protección, no con mujeres sino con hombres, practiqué mucho sexo con hombres. Aunque me identificaba como lesbiana, debido a cómo había crecido y me habían educado, no podía separarlo en mi mente, no podía acostarme con mujeres, pero llevaba una vida de lesbiana, identificándome como lesbiana, pero que me acostaba con hombres, con muchos, muchos hombres" (ME.10).*

En este sentido, aunque no ha sido manifestado por ninguna de las entrevistadas, pero también hay grupos sociales que cuestionan la necesidad de una clasificación. ¿Por qué plantearse la identificación como heterosexual, bisexual u homosexual?. Hay quien piensa que la sexualidad no consiste en sendos compartimentos estancos, con exclusiva pertenencia a uno de ellos, sino que se trata de algo más flexible y que no obedece restricción (76).

Medicalización e intervencionismo de la salud

La idea de prevención que más se ha repetido a lo largo de las entrevistas está relacionada con los screenings o pruebas de detección precoz de patologías: exploración de mama, citología, ecografías, etc. El intervencionismo como sinónimo de salud o de diagnóstico de salud es algo ampliamente difundido entre la población: se asocia el hecho de someternos a chequeos como algo que nos asegura la salud. Hay una búsqueda de la salud como algo

medible, estandarizado y valorado con unos parámetros, centrado en lo puramente organicista y biologicista, en las funciones y los órganos, dejando de lado muchas veces otros factores influyentes (tipo de trabajo, estado de ánimo, alimentación, etc). Un motivo por el que se deciden a acudir a los profesionales de salud de la mujer es cuando ya se sienten enfermas, tienen molestias o creen tener alguna alteración, o bien para realizarse el seguimiento de patologías ya detectadas:

- *"Hombre, sí que es verdad que cuando te tocas y ves un bulto si vas al médico, porque me asusta. Pero ya cuando vas y te dicen "no, si duele vas bien, si no duele ya es raro". Y ya más o menos te examinas tú y eso, y sabes, pero vamos, cuando me noto algo raro voy" (ME.1).*
- *"La primera ocasión fue por un problema puntual, de decir: "uy, a ver si voy a tener aquí algún problema". No, realmente no fue nada, pero fue una sensación muy desagradable después de haber tenido relaciones con mi pareja, que me llevó a pensar: "bueno, a ver si hemos....no sé, alguna infección". No, no fue así, pero eso fue la espoleta. Era algo que no me había planteado, que decía: "ya lo haré, ya lo haré". Pues ese fue el desencadenante, y desde entonces pues sí voy. Tendría unos 25 años, si no recuerdo mal. Y anteriormente no había ido" (ME.4).*
- *"Me descubrieron el mioma a los 34 años, hace 6 o 7 años más o menos. Anteriormente no me había hecho nunca ecografía, citología sí.[...] Y también fui porque tuve un episodio de hongos, hongos, hongos" (ME.7).*

Tener antecedentes familiares de cáncer de mama u otras patologías también es influyente a la hora de decidirse a tomar partido en los cuidados personales de salud:

- *"[...]La verdad, empecé a ir bastante tarde al ginecólogo, porque la verdad, me resulta muy desagradable, y me escaqueaba un poquillo...hasta que bueno, ya fue más urgente, porque a mi madre le detectaron un cáncer de mama, y ahora, ya me hacen mamografías, ecografías y todas las "-ías" (risas del grupo) y era horrible...pero ya no me libro, un rigor bastante importante en las revisiones[...].y bueno, pues al ginecólogo, las revisiones habituales, que tengo también historias por ahí: tengo un mioma desde hace tiempo, quistes en el pecho por mama fibroquística...revisiones que son bastante habituales, y que son obligadas, yo las considero obligadas..." (MG.11).*

De este modo, los temas que preocupan tienen que ver especialmente con la aparición de cáncer de mama y también de cérvix, y las mujeres hablaban de las pruebas de detección precoz que se realizan en este sentido (prevención secundaria).

- *"Me hago revisiones normales, cada año y medio: citología, colposcopia y mamografía.....y me falta una, porque son cuatro.....ah, y ecografía, por un mioma que tengo" (ME.7).*
- *"...me preocupa lo mismo que nos preocupa a todas las mujeres: cáncer de mama, cáncer de útero, cada dos años o cada año revisión ginecológica, cada dos años la mamografía, y preocupaciones las mínimas...iibastante ya tenemos!!...Me hago mis revisiones, además, me gusta hacérmelas para quedarme tranquila" (ME.14).*

El cáncer de mama es uno de los temas más mencionado, y sobre el que más campañas se han realizado, dirigidas a la población de mujeres en general, y desde los colectivos LGTB también alguna específica hacia las mujeres lesbianas. La existencia de antecedentes familiares también parece ser determinante a la hora de que las mujeres se preocupen más por su salud o la cuiden más. Las mujeres hablan de autoexploraciones mamarias y mamografías:

- *"La citología...bueno, yo tengo que hacerme la mamografía obligatoriamente anualmente, desde que tengo 26 años...porque tengo muchos antecedentes de cáncer en mi familia, y entonces, aunque no hay ningún antecedente directo de cáncer de mama, sí que tengo un tipo de mama nodulosa que es propensa a eso" (ME.3).*
- *"[...]A parte del cáncer de mama, que es lo que....es un problema que tienen todas las mujeres de mi familia, es que nunca he estado muy preocupada por ese tema. Pues solía ir a hacerme una mamografía cada cierto tiempo, en teoría porque es hereditario, es genético, el cáncer que tienen en mi familia, debería ir cada año...pero...voy cada 2-3 años. Y ya está" (ME.6).*
- *"Hay gente que no se preocupa y no va al ginecólogo porque no le duele nada, entonces bueno eso es un error, pero es que hay que prevenir, para eso está la prevención. Porque igual que cuando vas al dentista a hacerte una revisión. A veces cuando te duelen las cosas ya no hay re-*

medio... A parte, de que yo tengo antecedentes de problemas de cáncer de mama...la hermana de mi madre, y entonces, cuando dicen que se hereda, yo no sé, no sé hasta qué punto hay tantísimo desconocimiento en la medicina, porque mi abuela murió a los 103 años. Que quizá pueda venir de la rama de la tataratarabuela de mi madre, pero no lo sé" (ME.14).

Las citologías, como prueba de detección precoz del cáncer de cérvix también es una de las más mencionadas por las mujeres:

- *"Pues voy al centro de salud y pues...la citología, exámenes de...no sé cómo se llama lo otro, lo del palillito, la auscultación y cosas de esas. Normalmente es lo único que me han hecho. Salvo que he ido alguna vez por problemas del periodo o algo..." (ME.1).*

Sin embargo, las ocupaciones diarias, la vida ajetreada, el trabajo y la falta de tiempo libre hacen que en ocasiones estas mujeres demoren los autocontroles y las revisiones, espaciándolos en el tiempo, priorizando otros aspectos de sus vidas frente a su propia salud, a no ser que sientan falta de ella:

- *"Yo luego no soy regular, en vez de ir cada año, voy cada año y medio o dos años, se me retrasan vaya... no soy puntual para las revisiones médicas [...]" (ME.7).*
- *"[...] debería ir cada año...pero...voy cada 2-3 años...[...] tardan meses en darte una cita[...]¿y yo que sé que voy a estar haciendo ese día dentro de 3 meses? sabes?? No sé, lógicamente se hace muy complicado." (ME.6).*

Y en otras ocasiones, la percepción de tener menor riesgo, es lo que hace que retrasen la asistencia a los profesionales sanitarios:

- *"Pero en el momento en que estoy con mujeres, pues no, ya no voy.[...] Porque hasta los 35 o 40 años, sé que era obligatorio hacerte citologías anuales... y me veía muy joven y sin ningún problema..." (ME.5).*

A parte de todos estos conceptos de salud que implican siempre la ausencia de enfermedad, también hay mujeres que tienen una idea de salud más holística, y viven y actúan en consecuencia, buscando también profesionales con su misma filosofía:

- *"Es que como además es una doctora a la que voy, que elijo yo, pues estoy muy cómoda. Sé que le puedo preguntar lo que sea y....sé que le puedo preguntar lo que sea y que no, que tiene una aproximación muy holística también a la salud, no solamente del aparato reproductor, sino pues otras cosas, como la dieta, el estilo de vida, el estrés..." (ME.6).*
- *"Claro, es que no solo la salud física hay que cuidarla, hay que cuidar también la salud mental. ¿Cómo actúas ante reacciones de la vida? Yo ya llevo una época en mi vida que hago yoga, meditación, trato de ser mejor persona; entonces, si soy mejor persona, mi mente está mejor; si mi mente está mejor, mis actitudes están mejor; si mis actitudes están mejor, mi físico está mejor y mi cuerpo está mejor, no sé por qué orden. Pero busco el equilibrio" (ME.14).*

Tras estos comentarios, nos parece importante señalar que sería interesante llevar a cabo un estudio de tipo cuantitativo para evaluar si las mujeres lesbianas se someten a menores controles citológicos, autoexploraciones mamarias y mamografías, en comparación con las mujeres heterosexuales.

Miedo a las exploraciones

Uno de los motivos que alegan para retrasar las visitas a las consultas de ginecología tiene que ver con el tipo de pruebas que se realizan. En primer lugar, la citología es una de las pruebas más temidas: implica que la mujer se coloque en posición de litotomía, y el profesional sanitario (matrona, ginecólogo o enfermera), introduce en la vagina un espéculo, que permite visualizar el cuello del útero, y recoger muestras celulares para su posterior análisis. Los protocolos actuales recomiendan la captación de mujeres mayores de 25 años o bien a los 2-3 años del inicio de las relaciones sexuales con penetración. Tanto las mujeres anónimas entrevistadas como aquellas que son más visibles o pertenecen a asociaciones, hablando tanto de forma individual como del colectivo, insistían en los aspectos desagradables de esta prueba ginecológica.

- *"Una vez, cuando fui al ginecólogo, me dijo que todo iba bien y bueno, pues que una vez al año vaya a hacerme la citología, que nada más me la he hecho una vez.... y me echó la bronca, en plan: "tienes 26 años, pues..."*

INVESTIGADOR: ¿Y POR QUÉ NO HAS IDO MÁS VECES A HACÉRTELA?

Pues porque no...Vamos, no me pareció cómoda la exploración que me hicieron y no me parece cómoda...y aun así me la hice.... pero tengo que ir, ya lo sé....molesta porque me produjo dolor...es molesta...pero no por lo otro...si a mí me preguntan, yo lo digo ¿sabes? no hay problema" (ME.2).

- *"Primero, porque no van, por miedo; segundo, porque... también hay que saber que muchas lesbianas jamás han tenido relaciones heterosexuales, muchas si pero otras no, y esto es muy importante, porque el médico tiene que saber tratar a una persona que no ha tenido, que la puede tener ¿eh?, pero que no ha tenido una penetración heterosexual..." (ME.12).*

En algunos casos, este tipo de exploraciones se viven como pérdida de autonomía, como humillantes, suponen una gran intromisión en su intimidad, y a veces, como una forma de violencia o agresión:

- *"Segundo gran problema, cuando te vas a hacer las pruebas, te dicen si has mantenido relaciones sexuales, tú dices que sí; automáticamente piensan que es con un hombre y entonces utilizan los espéculos grandes y hay casos de dolor. A mí no me ha pasado, pero sí me lo han contado, y por mucho que.... [...] no creo que en la vida me vaya a sentir relajada y cómoda, en la vida en una consulta de ginecología; no me siento cómoda en el momento en que me subo a una camilla que para mí es como un instrumento de tortura. Para mí la camilla sólo me produce rechazo, es como un instrumento de tortura, "pon las patas aquí" y me siento mal, siento como rechazo, no sé cómo explicarlo" (ME.3).*
- *"Lo odio...Lo odio, lo encuentro incómodo, embarazoso...No estoy cómoda. Una mala experiencia con los ginecólogos. La primera vez, cuando tenía 20 o 21 años, el médico me examinó en Inglaterra y fue muy brusco conmigo, y yo estaba muy muy asustada, y él me trató muy mal. Por eso, no volví más a consecuencia de esa experiencia: me sentí muy humillada, tengo un recuerdo horrible" (ME.10).*
- *"(MG.9): También hay miedo, ¿eh? miedo por el tema de: jo, es que tengo que abrirme de piernas"*

(MG.11): *miedo y vergüenza*

(MG.9): *mi propia madre, cuando le digo: "ven-ga, mamá, que vamos a ir", y mi madre ya es mayor, es como: "ay, hija, es que menudo apu-ro". ¡¡Y ha tenido 3 hijos, señores!! Vamos, que abrirse de piernas se ha abierto ya muchas ve-ces y la han mirado pero...ella dice: "Si es que te abres, y te tocan por todos los lados"..... O sea, ese miedo también se transmite.*

(MG.13): *claro, es que es desagradable...*

(MG.9): *como que fuera algo doloroso, algo in-cómodo, desagradable, entonces también tienes ahí ese mito "que ir al ginecólogo es algo dolo-roso, a veces, y desagradable".*

Relación terapéutica: relación sanitario-paciente

Feminización de la Asistencia: atributos de género

En las respuestas relatadas, hemos encontrado cierta preferencia por lo que hemos denominado **"Feminización de la Asistencia"**, es decir, por ser atendidas por profesionales mujeres. El hecho de preferir, y en muchos casos buscar y elegir intencionadamente una mujer como profesional sanitario puede tener que ver con los atributos de género: a las mujeres se las supone más dulces, empáticas, comprensivas, tranquilas, menos agresivas, más tolerantes, con un rol de cuidado más marcado...

- *"Esto en un médico...en una persona joven...era mujer, no sé...que da un poco más de confianza, digo yo..." (ME.2).*
- *"Es que es quizá lo que más nos preocupa a las mujeres, en general, por supuesto, pero sobre todo a las mujeres lesbianas. Ir al dentista y abrir la boca no tiene nada que ver con ir al ginecólogo y abrir las piernas ¿no?, la diferencia es tremenda...y sobre todo en mujeres lesbia-nas... [...]" (MG.13).*

Este miedo o sentimiento de indefensión también tiene que ver con el rol de poder que asociamos a la medicina ejercida por hombres, la autoridad que se les presupone, y que hace a los pacientes sentirse intimidados:

- *"Además que me siento cómoda, no...No es algo que me incomode o algo. A lo mejor es porque la ginecóloga es una mujer, que a lo mejor me cohibe más con un hombre, no sé porqué, pero la verdad es que es así. [...] Pero te cohibe más la presencia de hombres, por lo menos a mí, me cohibe más, me da más reparo a la hora de... pues si es un hombre, a lo mejor yo que sé, a lo mejor decimos pues yo que sé, los hombres pues es otra cosa,..Pero tampoco encuentro el motivo de por qué puede ser" (ME.1).*
- *"Primero, no es tan fácil en la seguridad social encontrar ginecólogas mujeres, es más fácil que sean ginecólogos, no ginecólogas, y evidentemente, a mí no me apetece que me trate un hombre. Supongo que a la mayoría de las mu- jeres les pasa, y no es exclusivo ni de las muje- res lesbianas con las que he hablado, ni de las mujeres bisexuales con las que he hablado, ni de las...supongo que será general, no me ape- tece que sea un hombre.[...] A mí una de las cosas que me paraba era el hecho de que me atendiera un hombre, y el hecho de tener que ver la cara que ponía cuando le contaba que era bisexual, es que automáticamente ponen cara de: "mmh, que interesante", y no tener que ver eso por ejemplo. Entonces, yo ahora ya, mira, paso, lo importante es cómo esté mi salud, ahí es donde está el siguiente paso.[...]Yo sí he en- contrado una ginecóloga en la seguridad social, precisamente porque pedí para eso, y eviden- temente tardo muchísimo más en hacerme las pruebas, porque pido específicamente que sea una mujer" (ME.3).*
- *"La última vez sí que elegí ya directamente una mujer, porque me apetecía ¿no? Sí, porque en ese momento me apetecía, fue en un momento en que me estaba dedicando a otras prácticas y no me apetecía ser escrutada por un hombre. Además, como el centro al que acudo también están más concienciados, más formados en el tema de las personas LGTB, ahí me aconsejaron ésta, una doctora en particular, y dije: "pues allá que voy", básicamente por eso. Da la impresión de que sí, que quizá las mujeres sean más sen- sibles o más...aunque ya no sea más que por la experiencia de ellas, que luego la atención, a lo mejor es un tópico, pero que la atención en este sentido es como más delicada, menos invasiva, esta es la idea. Yo no he tenido ninguna mala experiencia, realmente, pero es una emoción, es algo que piensas que te vas a sentir mucho más cercana si es mujer el profesional" (ME.4).*

- *"Mi ginecóloga es mujer...yo no voy nunca a ginecólogos hombres. Porque no me siento cómoda ni creo que sea necesario. Con la de mujeres que hay, ¿para qué voy a ir a un hombre?" (ME.6).*
- *"Pues yo tenía un ginecólogo que no me inspiraba confianza ninguna, no sé, porque tenía un aspecto muy brutal,[...]...entonces, conseguí cambiarme a una ginecóloga, pensando que iba a estar más cómoda [...]" (MG.8).*

La intimidad que supone exponer el cuerpo delante de un varón se vive como una mayor agresión, y se confunde el rol de paciente con el rol cultural pasivo de sexualidad femenina (77). Las exploraciones se identifican de forma inconsciente con la propia sexualidad, la exposición de los genitales ante un hombre puede resultar muy incómoda por este motivo. Esto también lo señalan las mujeres entrevistadas activistas en asociaciones:

- *"La mayoría buscan mujeres, pero bueno, también porque tienen esos conceptos....más personales, de "si a mí un hombre nunca me tocó, no me va a tocar un ginecólogo"¿no?...". (ME.12).*
- *"No se va, por temor a que esa intervención la haga un hombre" (ME.4).*

Invisibilidad de otros profesionales sanitarios

En las entrevistas hemos podido observar que las mujeres, en general, en lo que tiene que ver con la salud sexual, reproductiva y de sus órganos genitales, hacen referencias principalmente al profesional de la medicina ginecológica: ginecólogos/as. Apenas se habla de otros profesionales que podrían dar respuesta a sus dudas o necesidades, como el médico/a de familia, enfermería, matronas, etc. Nos planteamos si esto pudiera tener que ver con la forma en que se hacía la pregunta, pero posteriormente, se les interrogó por la asistencia recibida por otros profesionales y la respuesta era común en ese sentido: la figura prioritaria y central era el ginecólogo/a, y en ocasiones consideraban que el resto de profesionales nada tenían que ver, eran **profesionales invisibles**.

También en este sentido les preguntamos si algún otro profesional sanitario conocía su orientación sexual, y no consideraban que fuera necesario, puesto que el tipo de atención solicitada y/o prestada pensaban que no tenía nada que ver con ser lesbiana, bisexual o heterosexual.

- *"No, ni con el médico ni la enfermera. Es que no creo que necesiten saberlo, si voy al médico de cabecera, pues no. Pero al ginecólogo pues sí, porque a lo mejor hay alguna incidencia diferente en nosotras...o episodios más repetidos, no lo sé, pero no me extrañaría que tuviéramos más" (ME.7).*
- *"(MG.8): yo tampoco se lo he dicho ni al médico de cabecera si quiera*
(MG.13): ni al analista que te va a sacar la sangre".

Falta de Empatía

Identifican la falta de empatía con el profesional sanitario como uno de los problemas que dificultan el establecimiento de una adecuada confianza terapéutica que les permita comunicar su identidad sexual. Muchas veces, disculpan a los profesionales achacando esta distancia o frialdad a la presión asistencial, las listas de espera, la inestabilidad laboral de los profesionales, que son continuamente cambiados de puesto y por tanto, los pacientes sufren constantes cambios de médicos, enfermeras y otros sanitarios. Añaden que la deshumanización viene también unida a la tecnificación de la asistencia, puesto que cada vez se utilizan más medios tecnológicos, las historias clínicas se registran en ordenadores que son utilizados como una barrera física real que separa al profesional del paciente. En otras ocasiones, lo relacionan con la falta de motivación o de profesionalidad o bien con falta de organización del sistema sanitario. Todas estas barreras, como han comentado, dificultan que los profesionales investiguen sobre sus prácticas sexuales y a ellas les impiden expresar sus necesidades.

- *"Cambiaría eso, que hubiera más gente o más gente que se dedique a estas cosas para poder atender a la gente mejor, porque son muchos meses de espera para tener una cita. Pero es lo único, a mí luego en el trato y todo eso bien" (ME.1).*
- *"Me preguntó si mantenía relaciones sexuales, yo le dije que sí, y nada, no profundizó más. Lo vi muy pasota, muy...porque que yo le diga que tengo relaciones sexuales, y que no uso anticonceptivos, y no....Y yo dije, en este tema pues...esto en un médico, en una persona joven, era mujer, no sé, que da un poco más de confianza, digo yo, pero no sé si por prisa, porque tienen demasiada gente, o no sé" (ME.2).*

- "Aunque la ginecóloga sea una mujer. No sé si se podrían hacer protocolos específicos, no sé, hablar de fútbol si le gusta el fútbol o...mira, para eso mi ginecóloga es muy maja, porque como sabe que me gusta la música y el ballet, y a ella también le gusta, pues hablamos de eso.....pero como que no se fomenta que haya la tranquilidad suficiente como para que haya una confianza" (ME.3).
- "No, no ,no , aquí nos cambian cada X tiempo de ginecólogo o ginecóloga; pero bueno, como va toda la historia por ordenador, ya no eres persona, ya eres una parte del ordenador... entonces ya no es el trato de ser humano a ser humano... y como nos cambian continuamente, tanto de médico de medicina general como de especialistas" (ME.14).

Una de las entrevistadas, rememorando una ocasión en la que acudió por una posible infección, que se repetía mes tras mes, hace este comentario.

- "Pero sí que es verdad que es como muy sota, caballo y rey: ¿Qué te pasa? tal, pues citología, te llegan los resultados, te dan los óvulos...Aquí paz y después gloria. No se preocupan...[...]Fue un trato muy rápido, muy de despacho, muy de "te voy a despachar sin mirar otros motivos". Que yo veo muy bien que en una primera consulta me despache, entre comillas, pero si después de 3 meses se repite, habrá que preguntar. Yo creo que sí se puede preguntar un poco cuales son los hábitos sexuales. .Aunque no era mi caso, sí podía ser" (ME.7).

La falta de empatía la señalan en todos los niveles de la asistencia pública: médico de familia, especialistas en ginecología, etc. Es uno de los motivos que alegan para acudir a la sanidad privada, especialmente a los centros de reproducción asistida. Dos de las mujeres que habían recurrido a técnicas de reproducción asistida para conseguir una gestación contaban así su experiencia:

- "Y yo me imagino haciéndolo en el (hospital público de Madrid capital), y sería casi como los toros estos de raza, que llega ahí uno y le mete el puño a la vaca para que... pues una cosa así, yo me lo imagino así. Bueno, y cuando lo vi en (programa de TV pública), lo vi y es exactamente así: vi Madrid Directo cómo hacían para inseminar las ovejas, que separaban en un lado las que ya habían quedado preñadas, y en otro no. Entonces llegó uno con un ecógrafo, levantaba así la pierna a la oveja (hace gesto como de levantar una pierna a un animal), hacía así y

que estaba embarazada, pues le ponía un spray rosa en el lomo y la metía en un sitio. A la que no, la volvían a inseminar. Entonces, cuando yo comenté cómo fue mi ecografía en el (hospital público de Madrid capital), me miré el culo por si tenía un punto rosa... Yo me había sentido así, me habían mirado y habían dicho: "preñada", "siguiente", "preñada", "siguiente" (ME.5).

- "Me hubiera gustado más implicación, pero por otra parte, si piensas en el número de gente, de pacientes que atienden, pues es normal que...al final, te da lo mismo ¿sabes?. Seguro que mis alumnos esperan que yo sea súper maternal y considerada con todas sus circunstancias personales, pero a mí al final... es que, quiero decir, que tengo 80 en una clase, al final no puedo serlo. Pues eso es un poco igual. Por una parte hubiéramos apreciado un poco más de calidez" (ME.6).

Esta última mujer, que además había sufrido un aborto en su primer embarazo, expresaba la falta de tacto y la desatención que recibió en el hospital privado al que acudió:

- "No me parecieron profesionales, eh... luego por ejemplo, el...no me parecieron profesionales. La doctora que vino a verme, ni se acordaba, o sea, me confundió con otra paciente para empezar, creía que ya me había visto. Eh...tardaron muchísimo en atenderme, eh...sí, me dieron una habitación inmediatamente y demás, pero tardaron muchísimo en...la doctora en venir a verme y eso. Me pusieron en una planta que , yo no sé si en la seguridad social también lo hacen, pero a mí me parece una falta de tacto tremenda, que me pusieron en la misma planta de Maternidad, que oías pasar a los bebés recién nacidos, que eso es muy fuerte" (ME.6).

Paternalismo médico

Se hacen continuas alusiones al paternalismo médico: el médico decide, el paciente obedece, adquiere una actitud pasiva. El poder que ejerce la clase médica sobre los pacientes está muy arraigado en la sociedad, y los profesionales dan por hecho que sus clientes no pondrán en duda sus recomendaciones, puesto que son las mejores para ellos, son "por su bien". Desde el punto de vista más biologicista, los médicos poseen el conocimiento absoluto del cuerpo humano, y los enfermos tienen que dejarse hacer y confiar en ellos. Las representantes de asociaciones expresaban su percepción en este sentido:

- *"Realmente, a mi modo de ver, sería muy positivo que la profesión médica en alguna ocasión bajara de ese pedestal de la sabiduría absoluta, y que confrontase la información de que dispone con los implicados ¿sabes? La salud, las personas en líneas generales, no ya las personas LGTB pero, somos receptores de atención sanitaria pero, en líneas generales, esa atención no es global; no se mira nada más, sino que "hay algo estropeado, lo tengo que reparar", como si fuéramos uno el coche y el otro el mecánico" (ME.4).*
- *"Primero el trato humano, si ya hay trato humano, ya me siento bien. Y luego, si es una profesional, que yo lo intuyo de alguna manera, pues mucho mejor. En general la sanidad ha mejorado mucho con respecto a la sanidad antigua, el Señor Médico, que siempre tiene el mando, que casi te tienes que descalzar y quitarte la gorra cuando pasa y tal...aunque bueno, ahora hay mucho más trato humano, que eso es más importante casi que lo que te va a mandar de medicación...te sientes segura, sales segura, y si estás segura de ti y estás segura de lo que te han dicho, pues ya te estás curando" (ME.14).*

La Ley 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente surgió para promover y defender la capacidad de cada persona para tomar decisiones sobre su propia salud, pero en la práctica diaria, no está extendida suficientemente entre la clase médica ni entre muchos profesionales sanitarios, y del mismo modo, una parte importante de la población asume este rol pasivo. Esta mujer entrevistada, la más mayor de la muestra con 62 años, hace hincapié en ese cambio que se ha ido produciendo a lo largo de los años a raíz de la aparición de esta ley, y hace una comparación entre la asistencia de antaño y cómo se ha ido modificando con el tiempo:

- *"Porque la medicina antiguamente no tiene nada que ver, no había trato humano: soy el profesional y tu eres el paciente, y tú casi no tienes ni voz ni voto; el médico antes era una autoridad, y ahora es una persona que te quiere ayudar en tu enfermedad, entre comillas. Pero eso a nivel sanidad, a nivel ventanilla, ha cambiado muchísimo, antes era mucho más rígido todo; ya te imponía el señor doctor, el señor veterinario, el señor...y todos somos iguales. Por eso prefiero gente joven, porque es mucho más abierta, más comprensiva, más humana" (ME.14).*

Pero no únicamente la profesión médica no da importancia, en ocasiones, a la Ley de Autonomía del Paciente, sino también otras profesiones sanitarias, como la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). El Ministerio de Sanidad, en 2007, publicó una Iniciativa al Parto Normal, en la que se hacen una serie de recomendaciones para abandonar determinadas prácticas no beneficiosas para las mujeres, pero sin embargo ampliamente utilizadas, y se insta a fomentar la participación de las gestantes en el proceso del embarazo y el parto. Al mismo tiempo, se anima a las mujeres a que tomen parte activa en las decisiones que lleven a cabo durante el embarazo y el parto, y plantea la posibilidad de elaborar un Plan de Parto en el que volcar sus deseos y decisiones que las hagan autónomas y partícipes del nacimiento de sus hijos/as. Una de las entrevistadas, que a su vez es profesional sanitaria, habla de distintos profesionales que la asistieron a lo largo de su embarazo. Había planeado la gestación, se había informado y realizado un Plan de Parto, y esto es lo que comenta:

- *"Con la matrona con la que di la preparación al parto, la primera, tuvimos problemas desde el primer día. Me acerqué al centro de salud para comentar lo del Plan de Parto y Plan de Pediatría, y lo primero que hizo fue: ¿pero para que son todos esos papeles? si ellos son profesionales, tú te tienes que dejar guiar y fiarte de ellos, no te van a hacer ningún mal..." (ME.5).*

Y del momento más cercano al parto recuerda lo siguiente:

- *"Pues como en las urgencias no dejan entrar a la pareja, pues ahí estuve yo sola...Luego ya, cuando me puse de parto, ya entró. Y entonces no sabemos si el mal rollo era ya desde que fui sola, porque el mal rollo fue total, porque había pedido el alta voluntaria, no había dejado que me tocaran, llevaba el plan de parto...Había un mal rollo impresionante como de: "somos unos incompetentes y tu eres la lista"...Y luego ya cuando vino mi mujer, ya fue horrible" (ME.5).*

Otra de las entrevistadas, consciente de los derechos del paciente, comenta:

- *"[HABLANDO DEL PLAN DE PARTO] Alguien debería tratar este tema, pero es que los doctores odian a muerte que alguien tenga algún tipo de decisión sobre su salud y su cuerpo. Y yo desde el principio deje claro que tenía derecho a decidir sobre mi cuerpo. Y es que la volvía loca (a la ginecóloga) con el tema, y ese era el problema" (ME.6).*

Sin embargo, partiendo de esta premisa, que manifestó a los profesionales sanitarios desde el principio, cuenta su experiencia de este modo:"

- *"Y nada, yo iba con mi Plan de Parto debajo del brazo, a pesar de que sabía que las matronas eso no les gusta nada, pero yo me fui con él. Lo había pasado por registro y eso, y muy bien, mira, porque yo creo que aunque no les guste, al mismo tiempo, es una forma de...muy asertiva de controlar un poco tú el proceso, y al final ellas tienen que tenerlo en cuenta"* (ME.6).
- *"Muy bien porque, pues eso, me consultaron todo, que era lo que a mí me preocupaba, de repente perder el control de la situación, y eso que al final ya estaba un poco descontrolada, porque ya estaba muy cansada"* (ME.6).

Coitocentrismo

Coitocentrismo heterosexual

Dentro de una sociedad heterosexista, la única sexualidad posible es la sexualidad ligada a la práctica heterosexual, concretamente al coito vaginal (79). Este mecanismo se repite también entre los profesionales sanitarios: cuando una mujer acude a consulta se presupone, a priori, que es heterosexual, que practica coito vaginal, y que si no utiliza métodos anticonceptivos es porque está buscando embarazo. Ni los profesionales ni los protocolos habituales dan cabida a otras posibilidades, y esto lo corroboran una y otra vez las mujeres entrevistadas. No se les pregunta por sus prácticas sexuales, ni siquiera se les pregunta si su pareja es un hombre o es una mujer, se presupone la heterosexualidad, y ante respuestas del paciente no esperadas, se presupone que la mujer está asumiendo riesgos.

- *"Mi ginecóloga me preguntó, pues eso, que si usaba anticonceptivos, yo le dije que no y...y ahí se quedó la conversación....ni me dio pie a nada, no me.... estaba, fui con mi madre y las dos nos quedamos así como diciendo.... ¿¿¿????....si tu vas a un médico especialista en eso, y le dices que no usas anticonceptivos, pues digo yo que insistirían más, pero vimos que no"* (ME.2).

Así, de este modo, se están elaborando falsas suposiciones sobre las pacientes, presuponiendo que son heterosexuales, y considerándolas irres-

ponsables por asumir riesgos innecesarios de embarazo o infecciones. Esto, además de no facilitar la visibilidad y la confianza terapéutica, dificulta aún más la confianza que el paciente pueda depositar en el profesional:

- *"Y sin embargo creo que a algunas mujeres les sentaría mal la pregunta, porque a una amiga, por ejemplo, le sentó fatal. Le preguntaron que si tomaba anticonceptivos, dijo: "NO", y le preguntaron si utilizaba preservativo y dijo: "NO", y le dijeron: "¿Entonces? ¿Y tienes relaciones sexuales?". Y como que la insultó, Y la doctora, porque además, era una doctora, como diciendo: "eres tonta, con la edad que tienes ni tomas anticonceptivos, ni preservativo, ni tienes diafragma ni utilizas nada?", como diciendo: "eres una irresponsable". Y ella se enfadó y le dijo: "no, porque soy lesbiana", porque dice que le sentó mal el tono que se lo preguntó la doctora, que a ella le ofendió, le ofendió la forma de preguntarlo. Porque yo creo que se puede preguntar correctamente: "¿usas anticonceptivos? no, ¿preservativo? NO, ¿tienes relaciones con hombres? No, ¿con mujeres? Si"* (ME.7).
- *"Cuando me fui al médico de cabecera, a mi médica de cabecera, le dije que me quería hacer una prueba de ginecología y entonces me dijo ella: "¿mantienes relaciones sexuales?" y le dije: "sí", y ella: "eh...mantienes relaciones sexuales con preservativo???", y entonces le dije: "no" y me dijo: "¿tú sabes las posibilidades que tienes de quedarte embarazada?", y yo le dije: "ninguna, porque yo mantengo relaciones sexuales con mujeres"* (ME.3).
- *"Muy muy al principio de estar en Madrid, eh... fui a las ginecólogas del Soldevilla, y recuerdo que me preguntaron que qué medidas de...si mantenía relaciones sexuales: "sí"; Y qué medidas de prevención del embarazo o de enfermedades de transmisión sexual utilizaba, y yo les dije que ninguna. Y bueno, puf... sí, como si hubiera dicho una herejía. Porque ellas estaban dando por hecho que yo mantenía relaciones sexuales con un hombre, y yo no lo aclaré. Según me preguntaban, así respondía. Y entonces me miraban con una cara, como: "pero, alma cándida, ¿tú sabes lo que estás haciendo??". Y entonces les dije: es que yo mantengo relaciones sexuales con una mujer, ni me voy a quedar embarazada, ni me va a contagiar nada"* (ME.6).

En el grupo, también se coincidía en la idea del coito vaginal como única práctica sexual que es visible:

- *"Sí, pero en todos los protocolos que tienen que ver con ginecología, vuelvo a insistir, están orientados en que exista un pene y exista una reproducción, y el resto a veces se obvia" (MG.9).*
- *"(MG.13): [...] y cuando les dices que tu pareja es mujer, algunos ginecólogos ponen cara rara. Yo no lo sé, no me ha coincidido, he tenido la suerte de no dar con un señor de esos... (MG.9): más que la cara rara, yo, particularmente, lo que tienes es que aclarar. Siguiendo un protocolo, lo primero. Cuando te preguntan si utilizas métodos anticonceptivos y dices NO, y en seguida aclaras, porque si no, los ojos se abren como platos como que estás cometiendo una imprudencia..."*

(MG.13): *Claro.*

(MG.9): *entonces sí, tienes que aclarar: "yo mantengo relaciones sexuales con una mujer", y ya está, entonces el tema anticoncepción pasa a un segundo plano. Y ya está, el tema de barreras para protección; o ni te preguntan sobre relaciones sexuales en ciertos momentos, ¿no?; y siguen como otro protocolo. Entonces la primera vez que vas, (yo he tenido un ginecólogo hombre y uno mujer, porque he pasado por dos, me cambié de casa...) y no es la cara rara, sino que tienes que apresurarte, tiene que salir de ti lo de aclararlo, porque si no, les pillas que van a decir algo...empiezan siempre con lo mismo.*

(MG.9): *a mí nadie me ha preguntado qué tipo de prácticas sexuales hago, si hay penetración, si no, ni qué utilizo, ni qué hago ni dejo de hacer con mi pareja...*

(MG.11): *pues a mí nunca me han preguntado"*

Insisten en la necesidad de visibilizar otras prácticas, comunes entre toda la población, no exclusivas de las mujeres lesbianas, y que permanecen en lo íntimo, ocultas y negadas en ocasiones.

- *"No, no, no ha preguntado nada, porque hasta ahora no hay ningún problema. Se lo dije cuando un día, no sé como salió la conversación, no me acuerdo bien, que le dejé claro que no tenía riesgo de embarazo, y él me debió preguntar algo así como: "¿No tienes vida sexual?" y yo le dije: sí, pero no riesgo de embarazo, soy lesbiana y no tengo relaciones con hombres desde*

hace muchos años.[...] Si uso juguetes, no sé... Vamos, pero igual si soy heterosexual; yo creo que es que hay cosas que no se las plantean, si una mujer es heterosexual y usa juguetes con su marido, no se lo plantean tampoco... No pienso que ningún ginecólogo le pregunte a una heterosexual si va por algún problema si usa un aparato" (ME.7).

De esta forma, incluyendo en los protocolos toda la variedad de prácticas sexuales existentes como algo posible y normalizado dentro de las relaciones, heterosexuales u homosexuales, se perdería el miedo a ser juzgados y el sentimiento de vergüenza que en ocasiones causa el estar fuera de la heteronormatividad sexual: el coito vaginal con un pene. Es necesario contemplar toda la diversidad humana dentro de los protocolos sanitarios. Como ejemplo, el extracto de una parte de la grabación del grupo de discusión:

- *"(MG.11): A mí lo que me parece muy muy penoso es que tú vayas a un ginecólogo, y vayas a un ring. Sí, sí porque es que te sientes agredida si dices tal...[...] A mí me parece que los protocolos que tienen que establecer, y sobre todo en ginecología que es una consulta muy delicada, es unas preguntas muy concretas; pero además, que si la gente no es capaz de asimilar una serie de cosas, que no se salga de un guión; es decir, a ti no te pueden preguntar: "¿tienes relaciones sexuales?", y porque digas que no las tienes con penetración, esas no valen. Hay que tener cuidado en las preguntas, y además, que esas preguntas estén enfocadas a todas las orientaciones sexuales.*

(MG.9): *¿Has dicho penetración? ¿Dónde? (Hablan todas a la vez)*

(MG.13): *Es que a lo mejor sí existe la penetración, pero con juguetes...*

(MG.9): *seas homosexual o heterosexual... o no sé...*

(MG.11): *simplemente dices: "NO" y el ginecólogo tiene que tener claro que la persona que tiene delante puede tener unas prácticas sexuales miles, o sea, miles....*

(MG.13): *efectivamente, y puede ser hetero o lesbiana*

(MG.11): *no, no, es que ya lo damos por hecho...No, no tenemos que dar por hecho nada, ni en las consultas de esto, ni en ninguna. Uno*

puede tener una vida sexual que tú, de entrada, no la conoces; y tienes que tener un protocolo para cubrir todo lo que pueda conllevar ese tipo de relaciones sexuales, las que sean, las que sean, pero tú no tienes que poner a una persona en una situación...a ver como lo digo... violenta, violenta. Tú eres un profesional y vas a ayudar a esa persona, no la vas a someter al tercer grado.

(MG.9): *pues eso con un protocolo de preguntas, y si contesta que NO te vas a esta otra opción B y si no la C y tal...eh... "tiene usted tal...tal, tal..."*

(MG.11): *eso es lo que yo echo de menos, eso para mí."*

Y comentarios de las entrevistadas:

- *"Lo que si valoro es que deberían preguntar las cosas....no, no que sepan si soy lesbiana o no, porque creo que eso es irrelevante, pero que deberían preguntar las cosas de una forma más neutra, sin dar por supuesto, o sea, sin dar por supuesto que están hablando con una persona heterosexual, esa es la cuestión. Porque la ginecóloga no tenía por qué haberse sorprendido cuando le dije que no mantenía, o sea, que no tomaba anticonceptivos, ¿sabes lo que te digo?? Que debería de haber pensado que... Que puede haber otras razones para no tomar anticonceptivos a parte de que esté loca, que era lo que pensaba (risa); que era que no me preocupaba, vamos, que era una irresponsable, que es lo que pensó. Entonces, eso si que creo que deberían de... o sea, que deberían de plantearse que sus pacientes son muy diversos, y creo que ese es el problema, que no se lo plantean" (ME.6).*
- *"Desde mi punto de vista esto se tendría que aclarar. Me parecería fantástico que si yo fuera al ginecólogo y éste supiera cuales son mis prácticas sexuales, lo que pasa que yo creo que habría gente que le ofendería, que diría: "¿A usted qué le importa cuáles son mis prácticas sexuales? yo vengo para que usted me trate, no para que me pregunte con quien voy". Pero a mí, personalmente, me parecería correcto. Me parecería correcto, yo que sé, porque siempre, yo no soy médico, pero me imagino que nosotras tendremos un tipo de incidencia mayor en alguna serie de cosas" (ME.7).*

Esta misma mujer, avanzando en la entrevista, remarcaba que este coitocentrismo no es algo exclusivo de los profesionales sanitarios, sino de la sociedad en general.

- *"No es formar, tampoco es cuestión de formación; no es una formación para ginecólogos, es formación para una persona, independientemente de que sea ginecólogo o mecánico, pero lo que pasa que un ginecólogo está obligado a abrir un poco mas su mente en eso. Debería estar más obligado a esa amplitud de mente" (ME.7).*

Una de las mujeres entrevistadas, activa en una asociación que defiende los derechos del colectivo LGTB, tras preguntarle por cambios que introduciría en la asistencia sanitaria, volvía a remarcar que este coitocentrismo no está dirigido en exclusiva a las mujeres lesbianas, sino a toda la población, y que es necesario reeducar en este sentido. No se visibilizan otro tipo de prácticas, comunes a cualquier orientación sexual, y hay que hacerlas visibles:

- *"Hombre, pues sobre todo abriendo que hay otro abanico de prácticas, sobre todo prácticas, porque aunque nosotros hablemos de orientaciones, las personas no necesariamente tienen que ser lesbianas para tener prácticas lésbicas, entonces... Y abrir ese abanico y estudiarlo. O sea, tendría que ser de obligada formación, que hay diferencias entre las personas, no quedarnos solo en algo que ni siquiera es mayoritario, que la relación coitocéntrica, como la entendemos dentro de una pareja hetero, haciendo el misionero, eso, ni siquiera eso es la generalidad, incluso dentro de las parejas heteros hay sexo anal, en los dos sentidos. Entonces, a esas mujeres tampoco se las tiene en cuenta, cuando se hace prevención, estoy convencida" (ME.4).*

También en esta línea, y estableciendo una relación entre esta unidireccionalidad de los protocolos sanitarios hacia el coito y los riesgos que esto puede suponer en las actitudes terapéuticas y de salud de la mujer, comentaba otra de las entrevistadas, también cabeza visible de una asociación:

- *"Hemos tenido casos de chicas que han ido al ginecólogo y que, lo primero que te hace un ginecólogo y te dice es: "¿cómo te cuidás? ¿Si tenés hijos?" eh, y nada más. Entonces cuando le dices que no te cuidás y que no tenés hijos, no te dicen nada, se quedan ahí; y si te dicen...hay muchas personas que van y le dicen: "pues yo tengo mi pareja, pues yo soy lesbiana". Y hemos tenido como 3 o 4 chicas, y la médica tachó la tarjeta esa donde anota todo porque...y le dijo: "Ah! Bueno, no tenés ningún problema entonces, porque como no tienes penetración..." Y yo digo: "¡¡Bueno, bueno!!" (ME.12).*

Se comenta también que este coitocentrismo no posibilita la expresión de su identidad a las mujeres, que encuentran una barrera más en la atención sanitaria; la inclusión de otras alternativas en los protocolos y la actitud de los profesionales podría facilitar esta apertura:

- *"Mira, lo primero que me gustaría es que al hacer la encuesta típica que te hacen siempre, no presupongan que estoy con un hombre. Porque estoy convencida de que, por mucho corte que te dé, si en una encuesta te dicen: "¿mantienes relaciones con hombres o con mujeres?" y por mucho corte que te dé, en ese momento reaccionas. Pero en el momento en que dan por sentado que tienes una relación heterosexual, ya no puedes reaccionar, y te cuesta casi el doble de reacción. Y la gente que habla es porque ya tiene una educación previa, y un trabajo inter-no previo, bastante grande, de auto aceptación. Eso lo primero" (ME.3).*

Función Reproductora de la Mujer, estereotipo de género

El heterosexismo hegemónico no solamente centra la sexualidad en el coito, sino que le asigna un papel principalmente reproductor a la mujer. La atención sanitaria se centra en la posibilidad de embarazo, deseado o no, en la búsqueda o evitación del mismo, y se olvidan otras prácticas sexuales, y otros aspectos importantes, como el disfrute sexual. Los profesionales sanitarios y los protocolos se centran en la anticoncepción (farmacológica, quirúrgica o natural) y en el cuidado del embarazo.

- *"Yo me quedé un poco como diciendo: si no los usas, o dame información o ...que .en mi caso me da igual ¿sabes? pero que, a lo mejor a gente que va al ginecólogo, y le diga que no usa anticonceptivos y se quede como si nada, pues que no te de información, o que no preguntara más pues, me quedé un poco como así...[...] A mí me hubiese gustado, que en el fondo me da igual, porque yo tengo claro lo que tengo que hacer, y sé mis cosas y tal pero, no sé, el resto de la gente...Una persona que viene, con 26 años, y que no la conoces ni nada, pues...que me hubiera insistido" (ME.2).*
- *"Es curioso, ¿no? Porque los protocolos no han cambiado para nada. Tú llegas a la consulta y te dicen: "¿tiene usted prácticas sexuales?", "sí"; "¿usa métodos anticonceptivos?", "no"; "¿usa preservativo", "no", y entonces se les abren los*

ojos así (hace gesto con los ojos) y poco mas que les falta llamarte irresponsable. Entonces, es el momento en que tú les tienes que explicar "no uso anticonceptivos pues porque no hay riesgo de embarazo; y no uso condón, evidentemente, porque dentro de las prácticas no es elemento práctico". Entonces, pues si ellos fuesen conscientes y estuviesen más informados de nuestras propias prácticas dirían "bueno, ¿y un cuadrante de látex?" ó "minimización de riesgos???". Ese tipo de cosas que no son lo que te dicen... [...]Entonces sí que creo que todavía, en este caso, la salud de las mujeres sigue muy centrada en la maternidad y mucho en el punto de vista hetero, es muy heterosexual" (ME.4).

- *"Otras veces me preguntan si tomo anticonceptivos o no, pero no indagan más, porque parece como que se da por hecho que si no tomas pastillas y tienes relaciones sexuales, pues usarás preservativo, se da por hecho. "¿Tomas anticonceptivos?" pues NO, y piensan "Pues es que usa preservativo", pues mire, NO. Hay más cosas" (ME.7).*

En este sentido, hay una cierta normalización de la asistencia cuando las mujeres lesbianas deciden quedarse embarazadas. Entran dentro del circuito de revisiones y protocolos habituales que sigue cualquier gestante, y se deja a un lado, una vez más, su identidad lésbica, pero sin suponer un perjuicio tan grave. Esto es lo que comentaban dos de las mujeres entrevistadas, una de ellas había sido madre recientemente y la otra era representante del colectivo:

- *"O sea, que hace que no voy pues más de un año, desde que me hice el tratamiento, me quedé embarazada, y entonces, claro, cuando me quedé embarazada y empecé a ir a la ginecóloga de la seguridad social, que entonces sí te dan citas decentes, y ya... Ahora debería de volver, pero como me voy a empezar a hacer otro tratamiento, pues ya nada, que tampoco me molesta" (ME.6).*
- *"La mayoría yo creo que no tienen ningún problema. Yo pienso que ese instinto que tienen todas las madres, (yo fui madre hace muchos años) [...]...el ginecólogo, si es una mujer o si es un hombre también, ahí no hay que hilar fino, ¿me comprendes? ahí se normaliza todo. En puntos principales: la salud de la mujer, la salud del bebe que va a nacer, todo ese entorno en el que se vive" (ME.12).*

Pero se da la paradoja de que también esta búsqueda de asistencia sanitaria o regularización de la misma viene por parte de las mujeres lesbianas o bisexuales cuando deciden buscar un embarazo. En ese momento los controles ginecológicos y las visitas se hacen más periódicos. Una de las mujeres entrevistadas, que trabaja en el sector sanitario, lo expresa así:

- “[...] Porque hasta los 35 o 40 años, sé que era obligatorio hacerte citologías anuales... y me veía muy joven y sin ningún problema...Y luego volví a hacerme controles cuando decidimos que quería quedarme embarazada” (ME.5).

Visibilidad / Invisibilidad

Como se ha podido observar de forma reiterada en todos los comentarios de las mujeres entrevistadas, una característica común y predominante es la invisibilidad. Las mujeres lesbianas y bisexuales son invisibles, invisibles a nivel social y en el ámbito que nos compete, el campo de la atención sanitaria.

- “Hay muchas cosas a mejorar en la atención sanitaria. Por ejemplo, lo que he dicho antes, que mi ginecólogo tiene que saber mis prácticas sexuales, si soy lesbiana o no. Lo siento por aquellos a los que les ofende, pero a lo mejor hay un cuestionario, unos pasos...Claro, es que según entras en la consulta, tampoco te pueden preguntar: “¿es usted heterosexual o es gay??”, pero sí que puede empezar por otras cosas, si tienes pareja o no, una serie de preguntas que vayan dirigiéndose muy educadamente hacia la pregunta principal, de la manera más tranquila, y que tu le encuentres a esa pregunta todo el razonamiento del mundo. Se podría hacer un patrón para saber cómo tratar a una mujer” (ME.7).
- “La actitud que tienen los médicos es siempre una actitud a atender a una persona heterosexual. Y eso lo sabemos todos, y el cuerpo médico no está preparado, porque no tiene las herramientas....más allá de un problema personal también, ¿no?” (ME.12).

Esta invisibilidad es interpretada como una forma de desigualdad de oportunidades, de falta de recursos, y en definitiva, como una forma de discriminación en el campo sanitario. Los protocolos, como comentan, son heterosexistas y centrados en el coito, y no cabe otra opción; y para poder llegar a otras opciones, las pacientes en ocasiones se ven sometidas a una serie ilimitada de preguntas sobre su inti-

midad. Las mujeres lesbianas demandan protocolos específicos que atiendan sus necesidades reales:

- “Yo creo que la mayor discriminación está en la invisibilidad, en que no te ven, en sentir de que ese protocolo no es para ti, sentir que no te están preguntando como otros, o que en un momento determinado te preguntan más” (MG.9).

La invisibilidad es aun mayor a partir de cierta edad, por encima de los 40 años especialmente, debido a los cambios políticos y a la revolución feminista y sexual que se ha dado en los últimos años. En este grupo de mujeres que superan la cuarentena, se da de forma más intensa la doble invisibilidad lésbica: por ser mujeres y por ser lesbianas, puesto que nacieron en un momento en que las mujeres estaban relegadas al matrimonio, los hijos y el hogar. Es la negación de la sexualidad femenina, más acentuada en mujeres pertenecientes a estas generaciones, puesto que su sexualidad era todavía más invisible, inexistente. Como decía Beatriz Gimeno (2005), históricamente no se le ha atribuido ninguna importancia social y simbólica a las prácticas sexuales entre mujeres; las mujeres no tienen poder para hacer que alguno de sus actos signifique.

- “[...] cuéntale a tu ginecólogo que tienes problemas sexuales con tu pareja si eres lesbiana, es que eso ya ni se te ocurre. Incluso a los heterosexuales les debe costar, me imagino, decir pues: “estoy mal de la libido”, o como sea, yo que sé; pero claro, siendo lesbiana, a mí no se me ocurriría ir en la vida, te lo juro. [...] como siempre está toda la sexualidad centrada en el coito, pues ellos además, desconocen...yo por eso, tampoco me sentía con confianza de decírselo a mi ginecólogo, porque era el típico...y sinceramente, esto es un juicio de valor mío, pero era el típico que a mí me daba la sensación de que era el típico varón que le quitas el pene y piensa: “pero éstas, pobrecitas, ¿cómo se lo montarán?”, como le pasa a una gran parte de varones...” (MG.8).
- “¡¡Pues nunca lo preguntan!! Nunca lo preguntan, nunca preguntan si eres lesbiana, a parte de que es una pregunta un poco...te preguntan si tienes penetración o no, yo no sé si la pregunta va directamente por eso, o por qué...Pero directamente decir: “¿eres lesbiana?”, a mí no me importaría, pensaría: “pues qué bien, que valiente que alguien que va y que se pregunten estas cosas, que ya está bien”, pero no, no me lo preguntan, lo digo yo; no siempre, pero lo suelo decir yo” (ME.14).

En los discursos, remarcan las dificultades de visibilización y "normalización" de la identidad sexual de cada una de ellas, y no siempre las posibilidades son las mismas, ni dependen de factores que controle cada individuo. A veces, la responsabilidad de la visibilidad lésbica no recae en ellas, y demandan en este sentido una mayor conciencia social que les permita hacerse visibles sin sentirse después agredidas.

- *"Tampoco se pregunta, como en mi caso, o sea, si quieren preguntarnos saben....La gente como nosotras no vamos diciéndolo, más que nada por cómo está el tema, ¿sabes? Claro, no es por vergüenza, no, pero no sé....a parte que es un tema que, si yo estuviese con un chico, a lo mejor también me daría un poco de cosa decírselo, no sé. Pero más que nada eso, ¿no?.... Te cuesta más abrirte"* (ME.2).
- *"Pues eso, que te inspire un poco más de confianza el decirlo, porque es que si no,...o sea, vale que no salimos del armario, pero también tiene que ser un ten con ten; tú tienes que hacer el esfuerzo cotidiano de salir del armario, que es bastante duro también, y...pero también creo que la sociedad debería poner un poquito de su parte ¿no?"* (MG.8).

Esta invisibilidad social, como remarcan algunas de las entrevistadas, es algo que comienza desde la base de la educación escolar, patente en todos los campos de la vida, y que por tanto, debe ser contemplada desde todas las esferas. La invisibilidad social es algo ampliamente extendido, que se oculta y no se comprende, como expresaban en el grupo:

- *"(MG.11): sí, la tendencia natural humana es "lo que no entiendo, no existe"*
(MG.8): claro, sí, lo que no es conocido por mí, pues nada, como que no es..."

Las representantes del colectivo lésbico entrevistadas lo manifestaban así:

- *"No estamos, no estamos ni en lo más básico en la educación inicial escolar, ni estamos en la formación de los profesionales, ¿sabes? Ni de los ginecólogos, ni de las enfermeras... [...] un reflejo de la diversidad humana en la educación, porque igual que no se nos ve a nosotros, la diversidad racial o la diversidad étnica se pasa también así, como muy de puntillas. Y en la formación de los profesionales de la salud, lo mismo"* (ME.4).

Y más concretamente, refiriéndose al ámbito sanitario:

- *"Entras dentro de los protocolos genéricos, pero no con la especificidad de tu forma de relacionarte, tu forma de vida o seguir ese proceso, eso tampoco se tiene en cuenta"* (ME.4).

Las campañas sanitarias dirigidas al colectivo homosexual tienen como objetivo principal la población de hombres homosexuales, y el tema estrella de las mismas es la prevención del VIH/SIDA. No se hace suficiente inversión en otro tipo de campañas ni se dirigen al colectivo de mujeres lesbianas y bisexuales, ni se estudian siquiera sus necesidades específicas, nos dicen las entrevistadas activistas:

- *"Y estamos muy... cuando dan algo para salud es VIH, VIH, VIH, y ni siquiera te dejan meter ahí un poco de baza o sacar una pequeña partida para otro tipo de estudios. No, no, todas las campañas son VIH, hombres que tienen sexo con hombres....Eso también debilita mucho. Nosotros tenemos un grupo de salud y prevención, entonces, eh...hay mujeres interesadas en participar, y lo hacen, pero claro, cuando ves que de manera endémica no te financian, pues dices: bueno, no puedo desarrollar cosas que me gustaría; sí que puedo informar a mis compañeras, hablar o hacer algún tallercito así pequeño, pero no tiene la repercusión, no llegas al suficiente número de mujeres porque no tienes la capacidad. Y creo que tampoco es, o sea, nosotros podemos velar y podemos ejercer una cierta vigilancia, pero creo que este tipo de cosas son responsabilidad de las administraciones, de velar por todos y cada uno de los miembros de esta sociedad. Y no porque seas minoritario pues: ocúpate tú. Creo que no se hace un esfuerzo suficiente"* (ME.4).

Esta falta de implicación de la administración sanitaria tiene que ver con el hecho de que se considera que las lesbianas son un grupo minoritario, pero también que se desconocen sus prácticas y sus riesgos, y por tanto, no justifican una iniciativa desde la administración pública en ese sentido, sino que los programas y las campañas surgen desde las propias asociaciones del colectivo:

- *"A lo mejor hacía falta un plantel de médicas, biólogas, enfermeras, no sé qué... y de eso no disponemos. Y en caso de que dispusiéramos,*

tampoco hay financiación, y como no hay financiación, tampoco se hacen los estudios, y si no se hacen los estudios, y como no se hacen los estudios no conocemos la realidad, y como no se conoce la realidad, no hay datos, pues no te dan dinero, porque, ¿cómo voy a financiar algo de lo que no sé nada? Entonces, cada vez que vas a reunirte con una administración para hablar del tema dicen: "bueno, y usted, ¿en qué datos se basa para afirmar que la salud de las mujeres lesbianas está comprometida?". Pues: "oiga, en ninguno, porque no hay aquí estudios, me baso en mi vivencia, en lo que yo veo", y me dicen: "bueno, pero es que eso no es representativo". Entonces, no hay" (ME.4).

La invisibilidad también aparece cuando deciden acceder a la maternidad mediante técnicas de reproducción asistida. Una de las entrevistadas, que se sometió a un proceso de inseminación artificial en una clínica privada, señalaba la invisibilidad de las mujeres lesbianas incluso en estos centros, que son una alternativa frecuente de las parejas de mujeres que desean tener un hijo:

- *"Sensación de invisibilidad, que es lo que pasa. En general, de invisibilidad en general. O sea, eso ocurre en general en todas partes, en la clínica de reproducción asistida también. Eh... ¿que era?? Los papeles que tienen para firmar eh...están hechos como para...en el supuesto de que es un hombre y una mujer quienes están firmando ese papel" (ME.6).*

Curiosamente, ante la dificultad de hacerse visibles, en algunos casos las mujeres dan por supuesto que el profesional intuye su identidad sexual: bien en los casos en los que la mujer no tiene relaciones coitales, o bien por su aspecto físico. Así lo comentaban:

- *"El ginecólogo de ahora no sabe nada de mi vida sexual [...] me dice: "¿tienes relaciones sexuales?" y yo: "sí", y dice: "¿y todo bien?" y yo: "sí"...no sé, obvia el tema completamente, yo creo que éste es mucho más listo que la otra y se ha dado cuenta de que soy lesbiana, no sé, o por el aspecto o por.... no sé, por lo que sea... o no sé, porque ya sabes que la endometriosis es una enfermedad muy particular, es en mujeres solteras, independientes....que no tienen hijos, bueno, es una enfermedad muy desconocida, pero se tiende a decir eso, que*

se da en mujeres que no tienen hijos, si, si...el arreglo es que tengas un hijo. Y entonces me empezó a decir: "Bueno, ¿y no quieres tener un hijo?" y yo: "pues no". Y entonces, yo que sé, ya debió pensar: "Ésta debe ser..." No sé, son suposiciones mías; me dio la receta y me dijo: "esto para ti y esto para tu pareja", como diciendo: "quien sabe qué será aquello". Yo me llevo muy bien, me ha operado, es un cirujano fantástico, pero...bueno, no deja de ser una cosa de lo más absurda" (MG.8).

- *"Yo es que la verdad, al principio, nunca he expuesto abiertamente que tenía relaciones sexuales con mujeres, nunca; entonces al principio, cuando era más jovencilla, decía que no las tenía, cuando me preguntaban decía que No. Y ya de más mayor, [...]pues antes decía que sí, pero que sin penetración, ¿sabes?, no tenía la valentía de contarlo. Entonces, pues al decir que sin penetración, pues bueno, pues no había que ser un lince, ¿no? pienso yo... (Risas del grupo)" (MG.11).*

La visibilidad, no únicamente de forma individual sino también a nivel general, necesariamente implica una mejora en la atención que reciben las mujeres, una mejora de su salud:

- *"Sobre todo porque la invisibilidad de mujeres bisexuales y lesbianas, pues no va a cambiar el protocolo nunca en la medida en que no hablemos, porque es mucha la responsabilidad, también es nuestra, tanto bisexuales como lesbianas, de decir: "no, mis prácticas son otras, quiero este otro trato, esta otra prueba, o necesito esto" (MG.9).*
- *"Y es importante que el profesional sepa si eres lesbiana o no, porque para la paciente es importante, y por eso es importante, por el trato humano. Porque le reafirma; bueno, que te den la opción de que digas si eres lesbiana o no, y no te lo pregunta el vecino, sino el profesional especialista que quiere curarte y cuidarte, y le tienes que contar todo, porque todo influye" (ME.14).*

Los colectivos LGTB trabajan en esta línea, para sensibilizar a los profesionales y hacerles conscientes de que las mujeres lesbianas también tienen cabida en sus consultas. En este sentido, la Federación Estatal de Gays, Lesbianas, Transexuales y Bisexuales lanzó una campaña dirigida a los profesionales, pero que no ha tenido el calado deseado (**Figura 2**).

Figura 2. Campaña de concienciación dirigida a ginecolog@s.

Falta de formación de los profesionales

En muchas ocasiones a lo largo de la investigación, hemos escuchado la necesidad de que la formación de los profesionales sanitarios, concretamente especialistas en salud de la mujer, contemple la sexualidad de las mujeres como algo más amplio que no está reducido únicamente al coito. La sexualidad es algo más complejo, que abarca aspectos sociales, psicológicos, emocionales, y que por tanto debe ser tratada con la importancia que merece. Así mismo, las prácticas sexuales son múltiples, y los profesionales sanitarios deberían conocer toda su amplitud, así como los riesgos que determinadas prácticas sexuales pueden tener para la salud de quienes las llevan a cabo.

Una de las entrevistadas, lesbiana no activista y profesional universitaria de la rama sanitaria, hablando de su experiencia como alumna cuando cursaba sus estudios, y de los temas que incluía el programa formativo de su universidad, comentaba:

- "Y dando sexualidad en la universidad, también se lo comenté a la profesora, que me faltaba una parte que no fuera coito únicamente; y lo que me dijeron fue: "es que como la gran mayoría son heterosexuales, tenemos que dar educación para ellos", y yo pensé entonces: "jo, pues entonces, todas esas enfermedades que estamos dando que son minoritarias, deberíamos de quitarlas, ¿no? con ese razonamiento...". Además

de que, aunque seas heterosexual, haces más cosas a parte del sexo vaginal" (ME.5).

Las mujeres entrevistadas señalan esta carencia de formación tanto de contenidos (tipos de prácticas sexuales y riesgos de cada una de ellas) como de maneras de aproximarse a estos temas en la entrevista y en el trato personal con el paciente, puesto que no saben cómo preguntar acerca de las prácticas sexuales. La falta de conocimientos de los profesionales puede suponer para las mujeres lesbianas y bisexuales un riesgo para su propia salud, puesto que en ocasiones, se les cierra la puerta a determinadas pruebas, no se les dan consejos acordes a sus riesgos, y se las margina dentro de la normativa y los protocolos comunes de salud de la mujer.

- "Hombre, lo que no suelen aclarar, quizá porque lo desconocen, son precisamente los métodos para que no haya una transmisión de enfermedades. Entonces, como que dan por hecho o...a ver, no es que dan por hecho, un ginecólogo tiene que saberlo, pero como que pasan más de puntillas la transmisión de enfermedades sexuales que se transmiten con penetración, pues como que no, como que las pasan un poco por encima; y a lo mejor resulta que no, que no te informan, sobre todo si la persona que va es muy joven, no le informan si hay algún método de barrera o que existen guantes, o en fin...todo ese tipo de cosas que se utilizan...juguetes...[...] yo creo que el ginecólogo, ese tipo de instrucciones no te las da, salvo que alguna mujer joven las pregunte" (ME.13).

Así lo expresaba también la representante de una asociación, que gracias a que tiene mayor acceso a la información y conocimiento de los posibles riesgos del colectivo, pudo identificar en una vivencia propia una atención inadecuada:

- *"Me preguntó: "¿tú sabes las posibilidades que tienes de quedarte embarazada?" y yo le dije: "ninguna, porque yo mantengo relaciones sexuales con mujeres". Y automáticamente me dijo "¿y entonces, para que quieres hacerte las pruebas de ginecología?". Y entonces fue, como de repente, decir yo: "¿perdón?? Esto no me lo está diciendo un médico de cabecera". Porque el hecho de que a mí no me penetren en este periodo de tiempo de mi vida, un pene, no quiere decir ni que no lo haya hecho, ni que no haya penetración con dedos, no quiere decir que no haya intercambio de ITS entre mujeres, no quiere decir que no te arriesgues a algún problema ovárico, a algún problema uterino... es que hasta las monjas se hacen las revisiones ginecológicas, y se supondría que no deberían, viendo lo que nos preguntan a nosotras, supongo que a ellas también se lo preguntan, porque sí no..." (ME.3).*

Otra de las mujeres activistas comentaba este problema:

- *"Y los profesionales médicos, muchas veces, el feed-back que hay también es ese ¿no?. Tú no necesitas hacerte una citología porque no tienes relaciones coitocéntricas, ¿no? De penetración. Y dices: "bueno, chiquitín, eso es tu valoración, tú no conoces cuales son mis prácticas...". Y creo que en general, sí que hay, en general la profesión médica desconoce la sexualidad de las mujeres lesbianas" (ME.4).*

Las mujeres entrevistadas menos activistas o con menos formación sanitaria en ese sentido, sin embargo, no expresaban claramente esta falta de formación de los profesionales, puesto que no la habían detectado, pero sin embargo, tampoco habían recibido ningún tipo de recomendación sanitaria específica. Puesto que no son conscientes de que no saben, no demandan saber.

- *"Pero vamos, que no me han dado información de ningún tipo tampoco. Me han dicho que bueno, que hay que cuidarse igual, sobre todo ser higiénico, pero vamos, información de otro tipo no" (ME.1).*

El hecho de que los profesionales sanitarios tengan en cuenta los colectivos de lesbianas y bisexuales, y reciban formación al respecto, podría redundar en una mejora de la atención sanitaria. Así lo han manifestado ellas de forma constante a lo largo de la investigación. Además, facilitaría su visibilización, y de esta manera, se podrían estudiar y atender sus necesidades de la forma más apropiada. Pero hablar de sexualidad y de prácticas, y más siendo lesbiana, teniendo en cuenta la invisibilidad del colectivo, no sería bien recibido por todas las mujeres. Así nos lo comentaba una de ellas:

- *"Yo creo que se puede ir abriendo camino, hacer una especie de pasos, para llegar sin ofender y que la persona se dé cuenta de porque se lo están preguntando" (ME.7).*

Los colectivos LGTB, en su lucha por los derechos de las personas a las que representan, contemplan esta visibilización como parte necesaria de la normalización. Hacen referencia al cambio de mentalidades desde la base de la enseñanza, desde los colegios, para poder cambiar la sociedad; y en cuanto a los contenidos educativos, demandan que sean específicos en las carreras que tratan sobre la salud de la mujer: la mujer en general, sea heterosexual, bisexual o lesbiana, con sus características específicas y sus necesidades concretas. Consideran que es necesario ese cambio en la formación de los profesionales para poder adecuar la atención a cada mujer. El discurso de las entrevistadas representantes de los colectivos era éste:

- *"... Me gustaría que tuvieran una formación específica de esto, porque muchas veces no ves una mala intención en el médico que te está atendiendo sino un gran desconocimiento y al mismo tiempo, una gran curiosidad. Y que no saben, muchas veces, cómo hablar contigo, no saben cómo tratarte para que no te sientas mal, con lo que sí que te hace sentirte incómoda.[...]... Yo siempre digo que hay que pensar en el futuro preocupándonos del presente, así que es muy importante esto y a la vez que se empiecen a conseguir preservativos femeninos, que se den charlas a los médicos de Atención Primaria acerca de que existen este tipo de relaciones entre mujeres, que no es nada extraño, y que no nos leemos poemas de amor en la cama, y que mantenemos una serie de prácticas que pueden ser, no digo peligrosas, pero sí que pueden transmitir ITSs. Eso lo primero" (ME.3).*

Por tanto, y de forma similar a los resultados obtenidos por el informe ILGA (44) es necesario que los profesionales sanitarios se hagan conscientes de la existencia de este colectivo y de la dificultad que presentan algunas mujeres para manifestar abiertamente su sexualidad, por lo que se debe fomentar la formación sobre las necesidades que tienen, con el fin de demostrar la sensibilidad y profesionalidad precisas, para mejorar la calidad de la atención prestada.

Homofobia

Homofobia Social / Lesbofobia

La homosexualidad en general, y el lesbianismo en este caso, no están bien aceptados por la sociedad actual, a pesar de los cambios de las últimas décadas. Las mujeres lesbianas durante años han sufrido una doble invisibilidad, por ser mujeres y por ser lesbianas. El control de la sexualidad de las mujeres, ejercido por los hombres y por la sociedad durante siglos, como forma de asegurar la reproducción y la descendencia, y que implicaba que si no había un compañero varón, no había sexualidad, suponían una marginación para estas mujeres, puesto que se escapaban del intento de control de su conducta sexual.

Las mujeres, cuando comienzan a identificar su orientación, refieren sentirse diferentes, fuera de la norma, y esto les causa mucho sufrimiento emocional, de manera que en numerosas ocasiones se ven conducidas a tratar de formar parte de la heteronormatividad. Buscan su orientación y la buscan como heterosexuales, intentando tener parejas varones, para ajustarse a las exigencias sociales y familiares, para no sentirse excluidas. Es una forma de homofobia internalizada. Tal y como dice Ortiz-Hernández (79), la homofobia internalizada se presenta cuando la población homosexual o bisexual incorpora en su autoconcepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad y la transgresión de los estereotipos de género, lo que provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad, la homosexualidad de otros, y las transgresiones de los estereotipos de género.

- *"Entonces, ¿qué pasa?: pues me echo un novio. Y yo pensando: "¿qué hago con un hombre, 5 años yo con un hombre?"; y ya me iba a casa*

r y tal y dije: "bueno, hay algo, que me impide casarme", y dije que hasta ahí habíamos llegado,...mucho sufrimiento... Claro, tú con tu edad, tú lo sabes en teoría, pero lo que hemos pasado nosotros, el electroshock que les daban a los hombres..." (ME.14).

En algunas ocasiones, especialmente en mujeres de más edad, aunque en esto han coincidido también las más jóvenes, la única manera de entablar una relación sentimental o mantener una relación sexual en la adolescencia era hacerlo con chicos, puesto que no se podían relacionar con iguales (no había espacios, estaban escondidas, ocultas) y también, para evitar el rechazo social. Eran conscientes de su orientación desde muy jóvenes, pero las circunstancias sociales y políticas del momento dificultaban mucho otra alternativa:

- *"Empecé con veintisiete o veintiocho. A mí siempre me han gustado las mujeres, de hecho siempre me he enamorado de mujeres, desde que era una cría. Pero nunca estaba con mujeres, porque tengo 40 años, y cuando yo tenía 12-14 años pues es que, ¡¡¡fíjate, hace veintitantos años!!!, el hecho de que tú te enamoras de una mujer, no podáis contárselo a nadie. A ti te tenían que gustar los hombres. Y cuando tus amigas te decían: "¿a ti quien te gusta?", pues tú pensabas: "¿cuál es el que menos me disgusta? Ese, Pepito, me gusta". No podías decir que no te gustaban los hombres, que te gustaban las mujeres, pero yo nunca me he enamorado de un hombre" (ME.7).*
- *"Yo creo que soy lesbiana desde que empecé a enamorarme de mi profesora a los 10-12 años, pero después he tenido relaciones con tíos...[...] Por mi época, por mi edad, yo lo pasé muy mal. Creí que estaba mal, creí que estaba loca, ¿qué me pasaba? Me busqué un novio para casarme, 5 años de noviazgo que yo no quería, porque yo no era para estar con un tío. Pero claro, yo vivía en (capital de provincia), la sociedad era muy cerrada, un sitio muy provinciano, la época de Franco, y claro, lo pasé muy mal, porque todo esto te marca. Y claro, ahora, no de golpe y porrazo, porque me lo he trabajado muy mucho, pero hay mucha gente que ha sufrido mucho gratuitamente, y ha habido gente que se ha suicidado" (ME.14).*

Inician relaciones sentimentales con chicos, muchas veces con cierto lazo emocional inicial (amigos, compañeros agradables, etc), y tratan de conven-

cerse a sí mismas, mediante el inicio de las relaciones sexuales con varones, que en muchas ocasiones, no son satisfactorias y además, las llevan a asumir riesgos que de otro modo serían innecesarios. Así nos lo han contado muchas de las mujeres lesbianas entrevistadas:

- *"Sí, sí, es decir, me gustaban las dos... a ver, yo estaba con chicos, pero sabía que en realidad lo que a mí me gustaba eran las chicas. Es decir, como en un plan que lo estaba haciendo para los ojos de los demás, porque era lo habitual, era lo normal, pero para mi familia, para todo. Pero sin embargo para mí, yo decía: "no, no, sí..."; yo no estaba coaccionada, yo decía: "a mí me gustan los chicos, me gustan los chicos..." y era como una forma de forzarme a algo, que luego ni encontraba el placer de estar con un hombre ni nada. Era una rutina...puff...era realmente pasarlo mal, mal, mal, mal en el aspecto que no volvería a pasar por ello. Yo lo pasaba mal en las relaciones sexuales, fatal. Fatal porque además de estar engañándome a mí misma, engañaba a los demás"* (ME.1).
- *"Salí con un chico, un compañero de trabajo, era muy majo, muy buen chaval... pero fatal, fatal, las relaciones yo lo pasé fatal..."* (ME.2).
- *"Cuando era joven, tuve un periodo, en la veintena, que tenía muchas muchas muchas relaciones sexuales con hombres, relaciones sin protección, no con mujeres sino con hombres, practiqué mucho sexo con hombres. Aunque me identificaba como lesbiana, debido a cómo había crecido y me habían educado, no podía separarlo de mi mente, no podía acostarme con mujeres, y aunque llevaba una vida de lesbiana, identificándome como lesbiana, pero que me acostaba con hombres"* (ME.10).

Las mujeres más mayores han sentido la homofobia de una forma especialmente intensa, debido a la situación política de España en su juventud. La homosexualidad no solo estaba mal vista y era un gran estigma, sino que además era perseguida y castigada por la ley, con todas las repercusiones que esto tiene para la salud física y psicológica de las sujetas en cuestión:

- *"Mi vida sexual se ha tapado, porque ha sido pecado por la iglesia, ha sido una aberración, ha sido una alteración neurótica, locas, de todo...Y es algo que ha estado en la historia, e incluso tengo amigos que se han suicidado, porque no han podido soportar el peso social y se han sen-*

tido muy deprimidos, muy desfavorecidos, no lo han asumido y han tenido verdaderos problemas por este tema" (ME.14).

- *"Pero la gente de 50 años no lo admite, sólo si le pasa a un hijo o así, pero no es algo que entiendan con facilidad. Y eso se ve, porque cuando voy por la calle con mis parejas, las miradas que te echan, como pensando: "idesvergonzada!" y yo pienso: "perdona, pero no, yo voy de la mano agarrada a alguien", pero no lo entienden, les llama la atención. Pero que se le va a hacer"* (ME.7).

En el caso de las mujeres bisexuales, también existe cierta estigmatización, que no parte únicamente de la sociedad heterosexual, sino también desde los colectivos de gays y lesbianas. La bisexualidad es interpretada como una forma de "indefinición", como si fueran personas que dudan entre una orientación u otra, y en los peores casos, son tachados de "viciosos". En cualquier caso, también se mueven en la marginalidad, también se ven rechazados y maltratados por la sociedad, como nos cuentan las mujeres del grupo:

- *"(MG.13): y si le añades "bisexual", eso está ya iibueno, bueno, bueno!!"*

(MG.8): si los homosexuales solo pensamos en los gays, pero los bisexuales son los que peor lo llevan. Los heterosexuales, las lesbianas y los gays: les caen gordos a todo el mundo ¿verdad?

(MG.13): en una reunión, un buen amigo, una persona que tengo un buen concepto de este chico,[...] estábamos un día hablando de todo esto de bisexualidad y entonces él, le salió del alma: "es que los bisexuales lo que tenéis que hacer es poneros de acuerdo y definiros, porque si no os definís, nos os dais cuenta que estáis haciendo mucho daño a vuestro entorno". Y lo soltó y se quedó tan ancho.

(MG.9): porque crea mucha inseguridad, la bisexualidad... yo me puedo definir ahora mismo como lesbiana, mis últimas relaciones han sido como lesbiana, me gustan las mujeres. Pero cuando tenía relaciones con hombres y mujeres, es que creas mucha inseguridad y confusión, [...]. Y estás como con una desconfianza, ay, que igual te gustan unos que te gustan otros. [...]

(MG.13): es un problema de desconfianza.

(MG.9): pero en el momento que te enteras que soy bisexual, crea inseguridad."

Pero en los últimos años se han producido cambios políticos cuyo objetivo es que la sociedad no establezca discriminaciones ni diferencias hacia la población homosexual, leyes que permiten hacer efectivos los derechos comunes a todos los individuos, que les dan la posibilidad de casarse, tener hijos, formar familias, en definitiva, normalizar su identidad, la igualdad desde la diversidad.

- *"Y bueno, tu vas por los ambientes y ves a niñas, que a mí me encanta, de 17-18 años que desarrollan su sexualidad con toda la tranquilidad del mundo, no tienen que esconderse, y tú te tenías que ir escondiendo, lo pasabas mal, no podías decirle a nadie que te habías enamorado de una mujer y que estabas destrozada por dentro, te tenías que callar. Y ahora, la gente lo cuenta con toda la tranquilidad del mundo..."* (ME.7).
- *"Entonces yo me siento muy bien ahora mismo cuando digo: "Soy Lesbiana". ¡¡Ay, me siento tan a gusto!!! Sí, porque como ha sido tal la represión, por esta sociedad tan irrespetuosa, que el que haya muerto se considera algo "natural", no se cuestiona que haya muerto, ni que haya tantos muertos por otras cosas, ni que haya miles de personas con hambre, eso no se cuestiona. Lo que se cuestiona es con quien te acuestas, y eso me parece una falta de respeto y una falta de ...de todo, vaya"* (ME.14).

Pero a pesar de todo, el lesbianismo sigue siendo un tabú en todos los ámbitos de la sociedad, también en la sanidad, dificultando la atención a la salud de estas mujeres, y su visibilización:

- *"...Yo por lo menos sé que hay muchos tabús en la sociedad, no es lo normal y por eso es por lo que te callas. A mí, por ejemplo, si me hubiese preguntado la médica o la enfermera o lo que sea, pues yo se lo hubiese dicho, pero no voy diciéndolo, ¿sabes? O me lo sacan o yo no voy diciéndolo, ¿sabes? Eso a lo mejor, a mí también me perjudica: ella, al no saberlo, no me explica las cosas, yo no pregunto, o sea, hay como una barrera. Depende de la gente. Hombre, no sé, al ser médicos, digo yo que tratarán a la gente por igual, aunque ¡¡hombre, hay de todo, eh!!! no lo sé, yo he tenido la suerte o la desgracia de no encontrarme con personas así, pero porque no lo he dicho; a lo mejor si lo hubiese dicho me hubiese encontrado con alguna persona así, que no sé si me hubiesen tratado igual, o me hubiesen dado la información que me dieron... sabiéndolo o no sabiéndolo...."* (ME.2).

- *"El primero que tiene que estar preparado es el ginecólogo, que tiene que tener la mente más abierta, es el ginecólogo, porque si damos con un hombre o una mujer que su idea mental es diferente, es muy difícil. Yo no le puedo obligar a que piense como yo, pero en cuestiones de salud debería derivarme a otro ginecólogo, o no se..."* (ME.7).
- *"Yo empezaría por la falta de formación, porque si digo rechazo, los médicos me saltan por encima"* (ME.12).

En ocasiones, las dificultades para establecer una adecuada confianza terapéutica no son verbales ni tan obvias, pero las mujeres perciben cierta sorpresa o extrañeza en los profesionales sanitarios:

- *"Me puso una cara muy rara cuando le dije que era lesbiana, cuando me decía el tipo de relaciones sexuales que tenía, porque es un señor que puede tener ya 60 años, y puso cara extraña, pero bueno, siempre ha sido educado, cordial y profesional"* (ME.7).

Esta homofobia repercute en todos los niveles de la atención, no únicamente en la educación para la salud y la prevención, es decir, en la información que reciben sobre posibles riesgos y cuidados, sino en la atención durante la gestación y durante el parto y puerperio, ellas, sus parejas y sus hijos/as:

- *"Pues el mal rollo que había empeoró un poco más. En el paritorio en ningún momento oí un comentario homófobo, eso fue ya en la planta, que sí nos los hicieron...Nos trataron muy mal, por ser matrimonio de mujeres; el único caso en el que lo vimos claramente fue cuando nos dijeron que avisaban al Defensor del Menor"* (ME.5).
- *"No podría poner la mano en el fuego, pero sentí algo homofóbico... Tuve la sensación de que no todo el mundo estaba cómodo con nosotros. En general nos trataron bien, pero aunque no podría poner la mano en el fuego, había alguna actitud, alguien no estaba cómodo con nosotras, tuve esa sensación en el paritorio. De hecho, me acuerdo de un ginecólogo, en nuestro segundo día, cuando ya estábamos en la habitación, que parecía incómodo con nosotras. No dijo nada, pero era la actitud....Mi mujer no lo percibió, pero yo sí"* (ME.10).

Esto es acorde a la teoría de Link y Phelan (29) sobre el fenómeno de la estigmatización y sus efectos sobre la salud, que dividen en cinco componentes. El primero: identificar a los sujetos con etiquetas que definen diferencias humanas (aquí relacionadas con la sexualidad), las lesbianas; en segundo, lugar hace que se creen estereotipos con características indeseables o poco comunes: aquí las lesbianas serían estereotipadas como mujeres que no practican coito y que no tienen riesgos ni de embarazo ni de enfermedades; en tercer lugar, el grupo marcador las separa del propio grupo, las aparta; en cuarto lugar, las estigmatizadas o marcadas sufren discriminación y pérdida de estatus: son invisibles, no se las tiene en cuenta, se ocultan; y por quinto y último lugar, el grupo dominador o marcador ejerce poder sobre las lesbianas, dificultando su visibilización, la lucha por sus derechos sanitarios y reproductivos, y contra la estigmatización. Esto lo hemos visto a lo largo de todo el análisis, y lo refuerzan una y otra vez los comentarios de las mujeres:

- *"Pero claro, las mujeres heteros, como ya entra dentro de los protocolos habituales, aunque solo sea como elemento de reproducción de la especie, pues ellas por lo menos hay una serie de hitos a lo largo de su vida que se controlan. Las mujeres lesbianas como no entramos en esos parámetros, pues por ahí andamos, perdidas"* (ME.4).
- *"Porque estar en un colectivo lo único que haces es querer un cambio y luchar por ese cambio, lo único que nos diferencia es que, a lo mejor, nosotras tenemos la suerte de ser visibles, de haber tenido un entorno que nos permita o haber roto con nuestro entorno para poder luchar por lo que creemos"* (ME.3).

Ocultamiento

Este miedo a la lesbofobia social es el que hace que se sientan rechazadas y agredidas, y por tanto, se oculten, se camuflen y se hagan invisibles. En algunos casos tratan de modificar su apariencia y su comportamiento para invisibilizar su homosexualidad o lo que consideran que es transgredir los estereotipos de género (78). Ocultan su identidad a la familia, a los compañeros, a los profesionales sanitarios, por lo que no suelen reconocerse como lesbianas a no ser que se les pregunte.

- *"Date cuenta, que la sociedad, hace 25 años... yo la primera vez que me enamore de una mujer tenía 12 años, en 6º de EGB, hace 28 años en*

España, ¿quien decía que le gustaba una mujer? ahora SÍ, ahora llega cualquier adolescente a su casa, dice: "mamá, me gustan las mujeres", y la madre se llevará un disgusto o no, reaccionará o no, pero no será un drama, ni será: "mi hija está loca" o será: "está trastornada". Ahora es de otra manera.....pero hace 28 años dices en tu casa que te gusta una mujer ¡¡y vamos!! Mis padres no lo saben, pero no sé cómo habrían reaccionado, habría sido un disgusto familiar tremendo. No se podía, no era una opción. La sociedad te cortaba esa opción, no podías hacer lo que querías" (ME.7).

Determinadas actitudes en las mujeres son aceptadas dentro de la norma social: las mujeres pueden tocarse, abrazarse, tener un contacto físico mayor que el que tienen los hombres, puesto que se les asigna el rol de mayor sensibilidad y dulzura; además, llegadas a cierta edad, las mujeres que no se han casado con un varón o que no tienen hijos son consideradas como "solteronas", que cumplen un estereotipo social. Y todas estas premisas permiten que las mujeres lesbianas se oculten, forma de defensa, como protección frente a la intolerancia social.

- *"(MG.8): Y a nivel sanitario no lo sé, pero yo creo que en general a nivel social, no. Existe más homofobia y más agresión porque no nos mostramos. La muestra es mínima, las mujeres, además, podemos tocarnos, besarnos, y eso socialmente no está mal visto, que la agarres de la mano, que la des besos...ya tiene que ser una muestra muy evidente de sexualidad, con un beso en los labios un poco más prolongado o lo que sea, para que llame la atención. Entonces es todo tan sutil que pasa desapercibido, pero pienso que si fuéramos más visibles, por supuesto que habría mucha más lesbofobia..."*

(MG.11): o a lo mejor conseguíamos que la gente se fuese acostumbrando...

(MG.8): no, si yo soy la primera que cree que el único camino es mostrarse, hacerse visibles, pero..."

La invisibilidad permite ese ocultamiento, y según algunas mujeres, el tipo de prácticas sexuales que llevan a cabo también, puesto que son prácticas que "no dejan huella", que no se notan: en su discurso nos dan a entender que las relaciones sexuales coitales tienen como consecuencia la pérdida del himen y esto se puede notar en una exploración física, mientras que las relaciones lésbicas no se pueden adivinar en una exploración.

- *"Que es algo supernatural, el que quiera, cada uno en su aspecto sexual o en su vida amorosa puede hacer lo que quiera. A ver, hay gente muy liberal y gente muy cerrada, y no sabes con quién estás hablando, no le conoces, es un señor que no le conoces...aunque sea una mujer, no se lo hubiera dicho igual. Es más, el decir que tienes relaciones con mujeres, si te miran no lo pueden notar; no es lo mismo que si has tenido con un hombre, que sí se nota"* (ME.1).

Una de las mujeres más jóvenes comentaba cómo escondió su identidad durante años, en los que mantenía una relación heterosexual con un chico, pero le era infiel con diferentes mujeres. En el momento actual es visible, y el profesional sanitario que le atiende lo sabe, pero antes, nunca había comentado sus prácticas sexuales, por miedo:

- *"Pues nada, sabes que es lo típico que te preguntan, pero sin embargo cuando estaba con chicos, no decía que estaba con chicas. No sé porqué, supongo que por el qué pensarán. Yo, por ejemplo, ahora sí lo digo, pero es porque sé que no las tengo, las relaciones con hombres. Pero sin embargo, al decir: "tengo relaciones con hombres y relaciones con mujeres", van a decir, como piensa la sociedad, que te hace pensar a ti igual: "esta es una viciosa, le gusta todo", ¿sabes? Pues por lo que pensarán...Sabes que es un profesional y que están acostumbrados a todo, pero sin embargo, yo lo pienso, pero sin embargo a mí me cohibía, en esa época de mi vida a mí me cohibía el contarle, el que tenía relaciones con mujeres. Y como eso no se nota, ¿sabes? como no se nota que tienes relaciones con mujeres, pues no lo decía. Hasta que no tomé la decisión de apartar el hombre y decir: "soy lesbiana". [...] Como que te basas mucho en lo que piensen los demás, a tu alrededor, la gente, y te cohibe, te cohibe. Y en ese aspecto pues tampoco te sale, por lo que puedan pensar y decir: "oye mira, tengo relaciones con hombres y con mujeres". Te cohibe por el qué pensarán, simplemente por eso"* (ME.1).

En ocasiones, aunque no haya existido un rechazo franco, hay un miedo importante a ser rechazadas. Este temor es analizado por las propias mujeres como algo negativo, algo a vencer, es decir, que hay que visibilizarse para ser tenida en cuenta dentro de la atención sanitaria, como paso previo a la normalización:

- *"No sé, yo creo que el problema, fundamentalmente, lo tenemos nosotras, porque al no contarle, no sabemos iii o yo por lo menos!!! Que si no lo cuento, no sé ni cómo me van a tratar, si ellos tienen información, si me pueden ayudar o cómo me pueden ayudar, o sea, si yo, como es mi caso, voy, lo digo, y me comentan todo, y todo genial....pero al no haberlo hecho, no sé cómo está la situación. Yo creo que es la clave para tener información...[...]A ver, no sé, el médico, si yo sé que es un profesional, que no me va a rechazar, pero sigue siendo una persona, sigue teniendo sus ideas, entonces, no sé cuál va a ser el trato, no sé el tono, no sé....estas cosas..."* (ME.2).

Este miedo llega incluso a influir en el hecho de acudir a los profesionales sanitarios que atienden la salud de la mujer. Una representante de un colectivo lo señalaba de este modo:

- *"Por muchas razones no acuden: [...], a que yo qué sé, tengas que desvelar tu orientación (que en mi caso no ocurre) [...]"* (ME.4).

Los comentarios son similares en las entrevistas y en el grupo de discusión:

- *"Y creo que va todo relacionado, porque todavía hay personas que les da vergüenza bajarse las bragas con la ginecóloga o el ginecólogo, las bragas en el sentido de que, claro, tienen que saber qué tienes ahí, con la menopausia, o la regla, o la prevención, yo que sé... pero hay gente que les da vergüenza. Y entonces creo que todo va relacionado con la vagina, sexo, sexualidad, lesbianismo...y ahí tienes una parte que no la cuentas, no la dices... y entonces, claro, que seas lesbiana o heterosexual y te duela una muela, pues no tiene nada que ver; pero sí que va relacionado con tu orientación sexual la vagina, claro, y esto les hace encerrarse un poquito"* (ME.14).
- *"(MG.11): y si a eso le añades que tienes miedo de salir del armario, pues entonces, no te vas a informar en tu vida"*
(MG.9): *pues sí, en mi vida me iría a informar"*.

Pero también nos han contado experiencias previas de lesbofobia, que han repercutido sobre su actitud y su visibilización. Una de las mujeres entrevistadas, casada y madre de una niña, había vivido el rechazo homófobo de los profesionales sanitarios hacia su pareja tras el nacimiento de su bebé, cuando trataron de compartir entre las dos

la lactancia, y los profesionales sanitarios que las atendieron las juzgaron; actualmente, meses después, contaba cómo había decidido ya no ser visible a los profesionales sanitarios:

- *"Y mi mujer dijo: "es que me he sentido que estoy pervirtiendo a mi hija, por cómo se presentaron las 3". Y ya, a partir de por la mañana, ya no se la puso (se refiere al pecho). Pero es que llevaba como 4 meses o así, cada 4 o 5 horas, 20 minutos de sacaleches doble, para estimularse. No usamos medicación. [...], pero ya no lo intentó más"* (ME.5).

Y sobre su actitud actual comentaba:

- *"Mira, yo voy al centro de salud con la matrona, a dar charlas. Voy todas las semanas, y ella todavía no sabe que yo estoy con una mujer.[...] . Entonces, a mí me gustaría pensar que daría igual que yo esté con una mujer que esté con un hombre, que seguiríamos teniendo las mismas charlas de crianza y de todo.[...]"* (ME.5).

Desde los colectivos de mujeres lesbianas también remarcan que ese ocultamiento, a pesar de ser un escudo protector, puede ser también una dificultad para la normalización:

- *"...pero mucha culpa también la tenemos nosotras...por, por lo del principio...porque creemos que tenemos todo muy superado, que somos capaces de decirlo, pero cuando tenemos que decirlo por...no por una necesidad sino para normalizarlo, no lo decimos: por el qué dirán, por el qué pensarán...estas cosas que parecen de hace 20 años, siguen existiendo"* (ME.12).

Se dan casos de ambigüedad. La ocultación, motivada por el miedo a la agresión, al rechazo y la marginación, que dificulta la normalización de la diversidad sexual, convive con el sentimiento de normalidad de estas mujeres. Y a pesar del convencimiento de que la reafirmación personal y la visibilización pueden hacer mejorar la asistencia sanitaria, y fomentar las intervenciones en materias específicas para mujeres lesbianas y bisexuales, incluso las mujeres más activistas y más visibles manifiestan actitudes de ambigüedad, que se contradicen en ocasiones con lo que argumentan:

- *"[...] decir: "puff, tengo que ir al Centro de Salud", en un municipio como (municipio en la periferia de Madrid), que aunque no sea*

pequeño, pero compartes profesional con tu familia, con tu madre. En mi caso, además, ella es profesional de la salud, con lo cual es un mundillo mucho más cerrado y todo se sabe. Llegar y abrirte allí y decir: "pues mira, soy lesbiana", que creo que sí que es importante de cara al profesional explicarle claramente, porque si no se hacen unas ideas acerca de...que luego no se relacionan con la realidad ¿sabes??" (ME.4).

Algunas mujeres mantienen esta ambigüedad en diferentes ámbitos: son visibles y se reconocen como tal, pero permanecen ocultas para determinadas personas.

- *"Y entonces, bueno, pues ahora mismo yo digo que soy lesbiana. Y mis padres no lo saben, todavía viven, y no quiero decírselo, porque yo hago mi vida, ellos viven en (capital de provincia), y a mí no me impiden nada, pero a lo mejor cuando mueran me pongo un cartel, por ejemplo, en la frente. Es un poco exagerado pero... es que ya, mira, llegas un momento en el que te da igual la opinión de los demás"* (ME.14).

En general, parecen de acuerdo en la necesidad de mostrarse y visibilizarse para poder optar a la normalización y posteriormente al anonimato. Es la premisa que defienden desde los colectivos, como paso previo a la mejora de la atención sanitaria.

- *"Entonces yo ahora, ya mira, paso, lo importante es como esté mi salud, ahí es donde está el siguiente paso"* (ME.3).
- *"Y si vos no vas y lo contás, que esta era una discusión que yo tenía con el grupo de mujeres: "es que bueno, tenéis que ir a contar". No, no se trata de entrar y decir ahí...Hay que normalizarlo para que luego uno no tenga una problemática...[...]si tu médico de cabecera sabe que vos tenés una pareja que es de tu mismo sexo, el también le dará el respeto a quienes acompañan, digamos, en el lugar a quien es una pareja normal y corriente"* (ME.12).

Y cuando se toma esta actitud de enfrentarse a la sociedad, a pesar de los condicionantes en contra, es porque valoran positivamente los beneficios que pueden obtener, y porque así pueden sentirse más libres. Pero previamente ha sido necesario un proceso interno de autoaceptación y un gran trabajo de visibilización.

- *"O sea, que en ese sentido sí, hay una cierta invisibilidad, pero como yo por otra parte, como siempre voy mmhh... hablando muy clarito porque no tengo nada que ocultar, pues en el momento en el que tu lo dices, es que, quieran invisibilizarla o no, ya no pueden, claro. [...] Pero por otra parte, eso sí, lo que he notado es que si tu eh... o sea, si yo planteo mi orientación sexual como algo absolutamente normal, la gente... nunca nunca nunca he tenido ningún tipo de rechazo, nunca. [...] Yo me entrené con (asociación), y quiero decir, también estoy muy acostumbrada a eso, a ir un poco con la confrontación por delante, ¿sabes?, atrévete y a ver qué pasa ¿no? Y a lo mejor eso también a mucha gente, que yo no digo que no haya gente lesbófoba, pero, que eso también influye..." (ME.6).*

Es necesario un nivel alto de autoestima para enfrentarse al resto y desvelar la orientación sexual de cada una, para encarar las posibles respuestas y desplantes de la sociedad. Y esto tiene también que ver con la propia salud: todo ese ocultamiento, esa sensación de sentirse estigmatizadas, esa invisibilidad repercute sobre su estado de bienestar, y las actitudes que tomen hacia su cuerpo y su salud. Sobre esto hablaba una de las entrevistadas:

- *"Yo creo que a las lesbianas en general, y lo digo aquí y no lo defenderé por ningún lado, no les preocupa su salud lo más mínimo, en general. Y yo creo que, en principio, en ocasiones por falta de autoestima, de: "soy importante y me tengo que cuidar", falta de autoestima y también falta de información, invisibilización, "eres un bicho raro que nadie te tiene en cuenta", y hombre, es un poco pesado el estar intentando todo el mundo recordárselo: "oye, que soy diferente, dentro de que soy igual que el resto que soy diferente, que me tengas en cuenta", creo que no, que en general no se preocupan. Es la falta de autoestima por lo que no se preocupan" (ME.4).*
- *"[...] A veces somos más homófobos los homosexuales que los que están afuera, porque nosotros mismos nos rechazamos y creemos también que el otro nos va a rechazar" (ME.12).*

Suponer que el otro "supone"

Muchas veces, ante la dificultad de hacerse visibles, algunas mujeres creen que el otro, en este caso el profesional sanitario, es capaz de "verlas", de suponer que son lesbianas o bisexuales.

Curiosamente esta suposición de que los profesionales son capaces de adivinar su orientación sexual tiene que ver también con los estereotipos de género: las posturas, la forma de vestir, los gestos, las pautas de lenguaje, el comportamiento y las interacciones sociales, la independencia económica de las mujeres y la ausencia de una pareja del sexo opuesto, o no tener hijos, o si los tienen mediante técnicas de reproducción asistida, o si dicen tener relaciones sexuales pero sin penetración... son todos rasgos que pueden alterar las expectativas de género y que a veces, ellas suponen que dan pistas al profesional para ser identificadas.

- *"Pues cuando la ginecóloga vio que había sido inseminación, dio por sentado todo, no me preguntó nada" (ME.5).*
- *"[...] me dice: "¿y tú qué tal?" y yo le cuento: "vengo porque tengo un endometrioma, y tal, tal y cual", y dice: "¿tienes relaciones sexuales?" y yo: "sí", y dice: "¿y todo bien?" y yo: "sí". No sé, obvia el tema completamente, yo creo que éste es mucho más listo que la otra y se ha dado cuenta de que soy lesbiana, no sé, o por el aspecto o por...no sé, por lo que sea... o no sé, porque ya sabes que la endometriosis es una enfermedad muy particular, es en mujeres solteras, independientes, que no tienen hijos, bueno, es una enfermedad muy desconocida, pero se tiende a decir eso, que se da en mujeres que no tienen hijos, sí, sí, ¡el arreglo es que tengas un hijo!. Y entonces me empezó a decir: "Bueno, ¿y no quieres tener un hijo?" y yo: "pues no". Y entonces, yo que sé, ya debió pensar: "Ésta debe ser...". No sé, son suposiciones mías... Me dio la receta y me dijo: "esto para ti y esto para tu pareja" como diciendo: "quien sabe qué será aquello" [...]...pero sí, pienso que la próxima vez, que por lo que sea, se dé cualquier circunstancia el momento adecuado, se lo diré: "Bueno, no te lo he dicho antes, pero supongo que te lo has imaginado, no sé...." (MG.8).*

Como vemos, se ratifica que los servicios sanitarios están dirigidos a heterosexuales y que por tanto, las lesbianas tienen que enfrentarse a los prejuicios y el desconocimiento sobre su condición y se sienten incómodas a la hora de hablar de su sexualidad con el personal sanitario por miedo a reacciones homófonas, confirmándose los resultados del informe ILGA (44).

Estrategias de Solución de Problemas

Ante todos los problemas que les surgen a las mujeres lesbianas a la hora de cuidar su salud ginecológica, toman diferentes posturas y vías para solucionar las adversidades. Tratan de solventarlas desde la búsqueda de información sobre temas que desconocen, hasta en la búsqueda de profesionales específicos, formados en género, o en diversidad sexual.

Internet

Internet es, sin duda, una gran red de información, accesible a casi todo el mundo, de distintos estratos sociales, económicos y culturales. La extensión que han tenido los medios informáticos en los últimos años, y especialmente la gran difusión que ha tenido el acceso a la red hace que la mayoría de las mujeres entrevistadas, de una manera u otra, hayan buscado información en el ciberespacio. La parte negativa es que, a pesar de ser una gran red de información, en ocasiones puede también serlo de desinformación: existe tal cantidad de datos vertidos por innumerables autores que, a veces, hace difícil para una persona no experta discernir lo que es información de calidad de lo que no.

En cualquier caso, como dicen Pichardo, Generelo y Galofre (75), internet ha supuesto un cambio cualitativo importante en la forma en que las personas, especialmente las más jóvenes, aprenden a reconocerse, a aceptarse, a obtener referentes y a relacionarse, y es por tanto, una herramienta imprescindible en algunos aspectos de sus vidas. De hecho, es la vía de acceso a determinada información que no consiguen de otro modo, pues les permite seguir siendo invisibles y no sentirse marginadas:

- *"Información no tenemos ninguna, por internet puedes enterarte de todo, pero ir a una consulta y preguntar, y contar la vida a una persona es complicado..."* (ME.2).

Una de las mujeres, hablándonos de formas de prevenir infecciones de transmisión sexual, y refiriéndose a las lesbianas más jóvenes decía:

- *"Yo creo que tienen la misma información...si ven que se pueden contagiar, tomarán la decisión de usar algo o no. Por ejemplo, el preservativo femenino, que se ha oído hasta por la tele, si lo necesitan lo usarán, pero no creo que haya más información. Además, ahora con internet, tiene acceso todo el mundo"* (ME.7).

También internet es una vía mediante la cual ellas mismas tratan de ayudar a otras mujeres. Así es como conocimos a una de las entrevistadas, que tiene un Blog en el que cuenta cómo ella y su mujer vivieron todo el proceso del embarazo, desde que acudieron a la clínica de reproducción asistida, las primeras ecografías y el parto, y posteriormente problemas que van surgiendo en la crianza de su bebé.

En el grupo, también surgió el tema del acceso a la información a través de internet, ante la dificultad de conseguirla en centros de salud, clínicas, etc.

- *"(MG.8): Claro, es que si tú no te socializas con otras lesbianas, y vas a un colectivo de lesbianas, o tienes acceso por lo menos a internet, que sepas manejarlo..."*

(MG.11): *sí, que internet al menos es algo anónimo.*

(MG.8): *ya estás más sola que la una, más perdida que nada.*

(MG.9): *además, en los centros de salud, sí que vas y hay algún cartel del tema del preservativo, pero no hay nada de: "si eres lesbiana, si eres gay, si eres tal o no sé cuantos"...solo si vas con chicos...pero no hay."*

Asociaciones LGTB

En los discursos, como vemos, aparecen reiteradamente las asociaciones como recurso utilizado por las mujeres lesbianas. Las asociaciones LGTB son lugares de socialización, que facilitan el establecimiento de relaciones interpersonales entre estos grupos, donde se realizan actividades culturales y de ocio, pero que también dan apoyo político, laboral y sanitario.

- *"Hoy en día en la sociedad que vivimos todavía hay muchísimos bloqueos, muchos miedos y sí, vienen a (asociación), y (asociación) es una puerta abierta. [...] A las mujeres que no se han puesto nunca en contacto, es otro mundo. Es un mundo mezclado con el mundo reducido que tienen, es una apertura para todo, para estar a gusto, para no tener que llevar una doble vida, para tener amigas, a lo mejor incluso para que se presente una relación especial amorosa. Es muy importante. Los colectivos, siempre que no sean cerrados, son muy importantes"* (ME.14).

Las asociaciones, conscientes del desconocimiento de la salud de las mujeres lesbianas y bisexuales, de la desinformación sobre las prácticas sexuales que tienen, llevan a cabo iniciativas de formación e información tanto a las sujetas que allí acuden como a los profesionales, si es oportuno. Realizan carteles, folletos y campañas, que aunque no siempre tienen toda la difusión que se desearía, son al menos una fuente de luz en la oscuridad de este grupo invisible.

- “[...] pues yo quisiera ahora mismo un folleto de prevención, y me tendría que ir directamente... es decir, como yo estoy muy cercana al colectivo, a la (asociación) y a (asociación), pues sí, es como... Pero si no, a ver, me meto en internet, a ver qué narices hay, porque en el centro de salud no, en el ginecólogo no, a ver, un folleto que me informe de algo que tenga que ver, algo que sea oficial, que me de la seguridad, que no sea un bulo” (MG.9).
- “Es que (asociación) también es un gran cuerpo, una gran institución de socialización, entonces, pues sí, nos relacionábamos a través de la organización. Pero no eran especialmente militantes, es que (asociación)... a (asociación) la gente va para conocer otra gente como ellos y esas cosas. [...] Y yo sí sé que en la época en la que estaba en (asociación), como hacíamos mucho trabajo de concienciación y eso [...]” (ME.6).
- “Llevamos 3 años armando el protocolo de lesbianas y bisexuales, que no es lo mismo el protocolo de transexual femenino que un protocolo de lesbianas y bisexuales, eh...y ahí estamos, armandolo todavía que es muy difícil...” (ME.12).

De hecho, parece haber cierta diferencia en cuanto a la información que manejan las mujeres que se relacionan con las asociaciones y las que no lo hacen; estas últimas tienen mayores dificultades para conseguir información, para prevenir y ser conscientes de los riesgos.

- “Las chicas de las asociaciones, ven las cosas de otra manera porque, a parte que están más informadas...de hecho, esta chica amiga mía, ella hace y entrega panfletos de información de su asociación, está muy metida, se han movido más que yo, han hecho la organización, cuando hay manifestaciones van y...” (ME.2).
- “[...] pero también creo que las mujeres que pertenecen a colectivos LGTB están mucho más concienciadas en todo este tipo de temas, por-

que se habla del tema. Yo pienso que se habla más de sexualidad, se habla más de tu diferencia, o sea, tú te metes en un colectivo LGTB porque eres lesbiana” (MG.8).

Sex-shops

Otros lugares donde conseguir información sobre salud, concretamente sobre prevención de infecciones de transmisión sexual, son las tiendas de productos sexuales: juguetes sexuales, lubricantes, libros, etc. Las mujeres lesbianas y bisexuales en sus discursos comentaron que eran lugares donde, especialmente hace algunos años, cuando las lesbianas eran más invisibles incluso que ahora, podían informarse sobre riesgos. Así lo comentaba una de las mujeres del grupo, bisexual y mayor de cincuenta años:

- “[...] y antes, que es lo que comentaba, fíjate que en los Sex Shop, con los juguetes sexuales, es donde más información he visto, en las instrucciones de los juguetes sexuales. Pero también es verdad que los sex shop, en principio, los empezaron a usar los hombres antes que las mujeres; me refiero a los sex shop como tal, de juguetes. Y los primeros que entraban eran hombres, y a lo mejor arrastraban a sus parejas femeninas, ya luego a sus parejas hombres y hombres, y luego lo último parejas femeninas; y por ahí yo creo que es donde más puedes conseguir información sobre qué hacer para no tener enfermedades de transmisión. ¡Claro!, pero es que ahí, solo pueden ser enfermedades, que embarazo con juguetes sexuales, obviamente no, entonces son ETS” (MG.13).

Centros sanitarios ¿generales o específicos?, sanidad ¿pública o privada?

Una de los temas más repetidos y controvertidos ha sido el de la atención sanitaria en centros ginecológicos específicos para mujeres lesbianas. Algunas de las mujeres, debido a experiencias lesbofóbicas previas (aunque no siempre por esto), reivindican la necesidad de que existan estos centros, se hagan más numerosos y se den a conocer, con el fin de que las mujeres lesbianas y bisexuales se sientan más cómodas: al acudir a un centro específico, no tienen que hacerse visibles, suponen que no tienen que hablar ni concretar nada acerca de sus prácticas y además, la persona que les atiende es tolerante, empática, y está formada en las necesidades específicas del colectivo.

- *"Pues por ejemplo, que hubiese centros ginecológicos que tu dijeras, que eligieras, por ejemplo: "hay un centro de ginecólogos y ginecólogas que se dedican a la salud ginecológica de las lesbianas"; entonces tu sabrías que ahí ya no te van a hacer la pregunta, porque ya saben que eres lesbiana. Entonces, vas como que más relajada, no tienes que ocultar nada; debería ser una opción tuya [...] Entonces, si hay un centro exclusivamente para gente que vaya, gente lesbiana y que no tengan que decir: "pues mira, es que...", porque no te van a preguntar, pues es como una tranquilidad que tú eliges. No estás ahí: si te lo preguntan, si no te lo preguntan..."bueno, es que me gustaría decírtelo pero no lo digo", todo eso...[...] Que yo creo que sería bueno que hubiera especialistas ginecólogos solo para lesbianas, o no solo para lesbianas, pero que supieran que eres lesbiana si vas a ellas, que no tuvieran que preguntar. Porque vas a confiar mucho más en la ginecóloga si ella sabe que es lesbiana, pero sin tener que preguntarlo, porque a lo mejor tú lo vas a negar. Pero que hubiera centros sólo para mujeres que son lesbianas, pero que no te lo van a preguntar. Y yo creo que eso es algo que no existe en España, y creo que sería importante abrir algún sitio, aunque fuera privado, para mujeres lesbianas"* (ME.14).

En contrapartida a esta especificidad de centros para mujeres lesbianas encontramos que esto pueda seguir fomentando su invisibilización y segregación, y que sigan ocultas en guetos, en vez de incentivar la normalización asistencial y la aceptación social.

Por otro lado, y buscando también esa especificidad de la atención, muchas mujeres optan por acudir a centros privados. Existen clínicas y consultorios de salud ginecológica llevados por personal formado en género, con una visión más holística de lo que es la salud, las relaciones humanas y las prácticas sexuales.

La atención sanitaria privada, esté o no específicamente dirigida hacia las mujeres lesbianas, es muy utilizada por las mujeres entrevistadas. Algunas lo hacen para solventar la saturación y las listas de espera del sistema sanitario público:

- *"Bueno, voy al ginecólogo, a la ginecóloga, pero privado. Por lo mismo, porque como espere en la pública, me dan las uvas. Lo intente una vez y me daban cita para 8 meses más tarde"* (ME.6).

Muchas acuden a clínicas de las que tienen conocimiento a través de referencias de amigas, de asociaciones, etc, donde saben que no van a tener actitudes homofóbicas.

- *"Yo las revisiones las he hecho siempre, desde el primer momento, en servicios privados. Por la limitación, porque mi centro de salud corresponde a mi familia, y me corta bastante. Yo no tengo ningún problema de visibilidad, pero sé que sería un conflicto. Aquello de la confidencialidad médico-paciente muchas veces no es tal, aunque digan que sí, todos sabemos que no. Por experiencias personales, yo sé que trasciende, entonces, creo que mi orientación y sobre todo mis prácticas, no me gustaría que llegasen a boca de mi familia a través por el filtro de otra persona que vete a saber. Entonces, yo siempre he optado por la privada"* (ME.4).
- *"[...] entonces, pues es una clínica a la que va gente muy alternativa, eh.... y me interesaba, me interesaba ese tipo de aproximación... [...] Todas las ginecólogas allí, de entrada, son feministas o sea que, ¿sabes?, que son colegas del movimiento y eso. No, no hay problema por ese sentido"* (ME.6).

Esto es aún más frecuente cuando acuden a clínicas de reproducción asistida, porque desean un embarazo. Así lo comentaba una de las representantes del colectivo:

- *"[HABLANDO SOBRE EL EMBARAZO] la mayoría (todas o casi todas) buscan el médico que pueda comprenderlas, entenderlas, que son una pareja de dos mujeres, y después tienen una vía normal"* (ME.12).

Unido a esto está el hecho de pagar por una atención sanitaria: parece haber una idea generalizada de que "lo bueno, se paga", y que con dinero se puede hacer todo.

- *"Objeciones de conciencia todavía no he visto, porque "Poderoso caballero es Don Dinero", entonces no he visto, no me he encontrado ninguna que haga objeciones de conciencia [...]"* (ME.3).
- *"Así que, como habíamos contactado con el foro del (clínica privada de reproducción asistida), y sabíamos que ya habían tenido varias parejas de mujeres lesbianas, pues ya como que sabíamos cómo iban a reaccionar. De todos modos, como eran privados, aunque tuvieran sus problemas éticos, pues es privado, estás pagando y nadie*

te va a poner mala cara, todo lo contrario. Y el comportamiento hacia XXX (su pareja) fue igual, y aunque no estábamos casadas en ese momento, yo creo que el comportamiento fue el mismo que si hubiera sido un hombre, creo” (ME.5).

Pero estos centros, al ser privados, no tienen una de las características más importantes de la sanidad española: la universalidad. No todo el mundo dispone de los medios económicos suficientes para poder pagar un seguro o una consulta sanitaria privada, con lo cual, una parte de la población queda apartada de este tipo de asistencia. Esto también es defendido desde las asociaciones LGTB:

- *“Yo soy de la gente que una de mis batallas es que tenemos una buena Seguridad Social, pago mis impuestos para tener una buena educación y una buena seguridad social, y me niego a ir por lo privado. Lo que se tiene que hacer es una seguridad social de la calidad que se necesita” (ME.3).*

Relaciones y prácticas sexuales: prevención de infecciones de transmisión sexual

Grados de Satisfacción Sexual

En las entrevistas, las mujeres nos han hablado del disfrute de la sexualidad a lo largo de su vida, expresando diferentes niveles de satisfacción, relacionados con la homofobia social y su autoaceptación.

Por un lado, encontramos entre las lesbianas dificultades para tener una vida sexual plena a causa de las presiones sociales, puesto que se vieron obligadas a mantener relaciones con hombres, y esto fue en muchos casos muy insatisfactorio para ellas. Esto conlleva un estado de frustración, hasta el punto de llegar a pensar que tienen un problema sexual, de falta de respuesta, cuando la realidad es que están haciendo algo que les desagrada:

- *“Me afectaba con los hombres en el plan que yo no encontraba el placer al estar con un hombre. Y sí, te preocupaba el decir: “¿esto es normal, no es normal? ¿Qué pasa que no pasa??¿Estaré bien?...pero luego, tenía relaciones con mujeres y decía: “está bien”, y decía que todo era*

de cabeza. Se te cierra, se te pone un muro, pero es eso; pero preocupaciones así, pues de ese tipo, que no son satisfactorias, que no eran satisfactorias...” (ME.1).

También encontramos aquellas que, por las presiones sociales, a pesar de enamorarse de mujeres, no se permitían a sí misma establecer relaciones sexuales lésbicas. Disfrutar de una sexualidad libre y respetada es una parte fundamental para poder disfrutar de salud sexual, uno de los compromisos de los gobiernos en la Declaración de Beijing, puesto que la salud sexual de las personas forma parte de su salud física y psicológica.

- *“Aunque me identificaba como lesbiana, debido a cómo había crecido y me habían educado, no podía separarlo en mi mente, no podía acostarme con mujeres, pero llevaba una vida de lesbiana, identificándome como lesbiana, pero que me acostaba con hombres [...]” (ME.10).*
- *“Pues como hay gente que está continuamente reprimiendo, en el momento en que tú reprimes algo que tienes ahí, ya te está perjudicando psicológicamente. Sigue habiendo muchísimo ocultismo, muchísima represión y la gente no está bien, sobre todo cuando son padres no respetuosos. [...] todo afecta, todo lo que sea reprimir algo, que tengas que ir al médico, a cualquier especialista, todo afecta psicológicamente, y si afecta psicológicamente, afecta físicamente” (ME.14).*

Las mujeres que se han sentido más libres sexualmente, menos presionadas socialmente o que han sido capaces de enfrentarse a la sociedad, o que no han vivido escondidas, han disfrutado de su sexualidad de una forma más plena. Una de las mujeres bisexuales nos ha hecho algún comentario al respecto:

- *“[...] al principio tuve un matrimonio hetero. No es que se me fuera la olla ni muchísimo menos, yo siempre he sido y soy consciente de que soy una mujer bisexual, pero además desde muy pequeña, y sin grandes traumas. No es algo que a mí me haya causado ningún trauma, hasta el extremo de que me casé con un hombre y él sabía que yo era bisexual. Pero yo estaba enamorada de él en ese momento, me pareció estupendo, me casé...[...] aunque ahora mismo tengo una relación lésbica y es más, porque me considero bisexual me inclino muchísimo más a...que me entiendo mucho mejor con las chicas que con los chicos, lo tengo clarísimo, ¡vaya!” (MG.13).*

En este sentido hemos encontrado mujeres que separan claramente su identidad sexual de lo que son las prácticas sexuales: se identifican como lesbianas, se enamoran de mujeres, pero a la hora de tener relaciones sexuales también disfrutan con una relación física con un hombre, y no por ello se identifican como bisexuales.

- *"Pues empecé porque yo creo que el sexo es una necesidad y empecé a tener relaciones sexuales, simplemente. Pero nada que ver...Yo disfruto con un hombre, no tengo ningún problema en relaciones sexuales con los hombres, siento perfectamente. Pero no tengo las maripositas en el estómago que tengo con una mujer ¿vale? [...]"* (ME.7).

Y en otros casos, hacen una diferenciación en cuanto a prácticas sexuales, hablan de coito y de disfrute mediante el coito, pero sin relacionarlo con la heterosexualidad, sin la necesidad de que exista un pene. Hablan de prácticas sexuales:

- *"Pero yo, mi vagina está ahí, no sé si es mi ignorancia o no, pero está preparada para la introducción de algo, entonces bueno, a veces tengo fantasías con la introducción de algo, y bueno, pues porque no, la sexualidad es tan amplia como tú quieras que sea"* (ME.14).

Esto confirma lo ya comentado en la introducción, que la orientación sexual no determina el tipo de prácticas que se realizan: el hecho de ser lesbiana no implica necesariamente que la mujer no realice o no disfrute con coito vaginal, sino simplemente que se enamora y tiene preferencia hacia personas de su mismo sexo. Limitar las prácticas sexuales a determinadas identidades es ser reduccionista, y dado que nuestra intención es no serlo, puesto que no tienen por qué ser excluyentes unas cosas y otras, y no pretendemos establecer prejuicios, hemos introducido también este tema en las entrevistas.

Prácticas Sexuales y Prevención de ITS

Cuando acude una mujer a consulta, como hemos visto, a priori se supone que es heterosexual, que practica coito con su pareja varón y que tarde o temprano deseará ser madre, con lo que se reduce la sexualidad al coito vaginal heterosexual, y se vuelve a unir éste con la maternidad. En general, no se pregunta a las mujeres por prácticas sexuales

les diferentes al coito (pareja única o múltiple, sexo oral, sexo anal, uso de juguetes sexuales y cuidados higiénicos de los mismos...), o por aspectos como satisfacción o necesidad de mantener relaciones sexuales, y no pensamos en las posibles repercusiones que puedan tener estos otros aspectos sobre su salud. Del mismo modo, olvidamos también el hecho de que existe un grupo de mujeres que son lesbianas y que realizan algunas prácticas sexuales diferentes y otras no, con un riesgo sanitario que puede ser también distinto o no al de las mujeres heterosexuales. No se contempla la posibilidad de que una mujer fértil, con una vida sexual activa y que no toma medidas anticonceptivas, no se quede embarazada ya que no nos planteamos casi nunca que pueda ser lesbiana, y por tanto, se generan en estas mujeres conflictos, ya que no se atreven a hablar abiertamente sobre sus preferencias sexuales (25).

Ni la sexualidad femenina ni la masculina están limitadas por una geografía genital, y por tanto, la sexualidad lesbiana es, como toda sexualidad, polimorfa y diversa, y no ha sido adecuadamente descrita en los textos o en la investigación.

Por tanto, aunque podría parecer a priori que el hecho de ser lesbiana implica que las mujeres no tienen relaciones sexuales con penetración vaginal, esto no es así, como estamos viendo. Ni siquiera podríamos asegurar que no tienen penetración vaginal con un pene, puesto que en numerosas ocasiones sí se ha dado el caso, sin que la mujer se considere a sí misma como bisexual. La sexualidad abarca un amplísimo abanico de prácticas sexuales que van desde el sexo oral, coito anal, vaginal, utilización de juguetes, hasta las prácticas de tipo sado-masquista, fetichista, etc. Nos han hablado de esto y también de los mecanismos que utilizan para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Invulnerabilidad

Una de las ideas más repetidas a lo largo de los discursos de las mujeres lesbianas, y que corrobora los estudios previos revisados, es la sensación de invulnerabilidad de estas mujeres en relación a sus prácticas sexuales.

Las mujeres bisexuales y aquellas que han tenido relaciones coitales con hombres tienen más presente el riesgo: lo relacionan con el coito, con el pene y con el semen; este riesgo tiene que ver con el embarazo y también con la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual.

Una de las mujeres lesbianas, que en la adolescencia tuvo alguna relación con varones, nos comentaba:

- “[...] Con las mujeres con las que me acosté no tuve ningún tipo de protección, supongo que porque pensaba que el peligro estaba en el semen. Aunque se dice que si tú te has acostado con alguien y ese alguien con otro alguien, y ese otro alguien con otro alguien, tú te estás acostando con todos [...]” (ME.10).

Sin embargo, las mujeres lesbianas que sólo han tenido relaciones con mujeres, o las bisexuales que únicamente se relacionan en el momento actual con mujeres, manifestaban su seguridad frente a las infecciones.

Una de las mujeres entrevistadas, que tuvo previamente una pareja heterosexual, y actualmente convive con su novia nos comentaba lo siguiente:

- “...no es lo mismo tener una relación sexual con una mujer que estar con hombres, que lo llevas más cuidadosamente, procuras más cuidarte [...] y dejé de ir porque me dejé de preocupar. Porque como todo iba bien, siempre bien y tal y yo, hombre, pienso que mis relaciones sexuales las he tenido, sabes siempre higiénicas, con precaución y eso, pues tampoco era...yo que sé, que no es lo mismo tener relaciones y que no uses anticonceptivos o preservativos, que yo siempre los he usado, así que tampoco era...Iba para que me dieran las píldoras y ya está. Pero bien, te informan muy bien, y siempre me han informado muy bien en estos aspectos y eso... Y yo además, como tenía una pareja que viajaba, pues si en esa época iba más. No sé si es por desconfianza de él pero sí, era por mirar por mí, por si acaso él, por lo que fuera, yo que sé...se tiene siempre esa duda de: “¿qué habrá hecho?” y sí, en esa época sí fui mas, pero vamos, que muy bien” (ME.1).

Mientras estuvo conviviendo con un hombre, pareja estable, estuvo muy preocupada por la posibilidad de contraer alguna ITS:

- “Yo me refiero a protegerme yo y que se protejan ellos. Sí que es verdad que hay muchas otras cosas, pero para mí, lo que siempre me ha preocupado es que me contagiaran o yo contagiar, que nunca se puede saber lo que puedes tener tú tampoco, a lo mejor, si no eso...Pero

a mí lo que siempre me ha preocupado ha sido eso. Yo usaba la píldora. Lo único que sí que aunque usaba la píldora, usaba preservativo, lo tenía clarísimo” (ME.1).

Muchas veces esta invulnerabilidad viene dada por el desconocimiento sobre las vías de transmisión de ITS. Esta misma chica, decía respecto a sus relaciones actuales con una mujer, también una pareja estable, un discurso que es compartido por otras mujeres lesbianas:

- “No sé, es que ahora es distinto...ahora con una mujer, ¿qué precauciones tomas? no sé. No existe...bueno, existe riesgo supongo que igual, que habrá transmisiones sexuales entre mujeres, que supongo que igual se podrán pegar o lo que sea, pero vamos...a lo mejor, al tener una relación estable es por lo que lo he dejado un poco más apartado, pero vamos digo yo...No sé, tampoco me lo he planteado porqué. Supongo que cuando te informan de las cosas así de relaciones sexuales, el tipo de relaciones que tienes con una mujer no son base a riesgo. No es igual que con un hombre, que existe más riesgo de las cosas, supongo que por eso está un poco más apartado todo, que no me cuido en ese aspecto, a lo mejor” (ME.1).
- “Yo creo que tengo menos riesgo, no sé....No hago nada.... (Silencio)...bueno, no sé, igual o incluso menos, porque el sexo no es igual, no sé, es que yo creo que se cree, creemos que tenemos menos riesgo, por el tipo de relación sexual que es” (ME.2).

Estas dos informantes tienen un nivel de estudios medio-básico y ninguna de las dos se relaciona con ninguna asociación tipo LGTB, con lo cual, el acceso a determinada información sobre su salud está más limitado y tienen menos conocimientos sobre los riesgos.

De esta falta de información son conscientes las asociaciones, y trabajan en ello, mediante grupos de concienciación que realizan entre las asociadas o entre las mujeres que participan en otras actividades, también elaborando folletos y en algunos casos, saliendo a la calle con campañas preventivas.

- “Y por otro lado, hay muchísimo desconocimiento de todos los sistemas de prevención; hay muchísimas chicas que piensan que porque mantienen relaciones con mujeres, están protegidas de todo. Pues no, el herpes genital es muy compli-

cado; yo hablo muy claro, si tú haces una comida de coño con un herpes genital, tienes muchas posibilidades de crear un herpes genital ¿lo sabes o no lo sabes? Y mucha gente no lo sabe. Eso es lo que hay que atacar. ¿Lo que me preocupa?, que mucha gente piense que está inmunizada... ¿cómo es? el amor no te inmuniza ¿sabes? Es algo que me preocupa mucho” (ME.3).

- “[...] hay una idea bastante generalizada de inmunidad. “A nosotras no nos pasa”, y sobre todo eso, porque el gran demonio o el gran monstruo de la salud sexual es el VIH, y entre las mujeres...es imposible, la idea de esto es imposible. Cuando no es verdad, porque aunque la gente no lo confiese así a primeras, generalmente, pero muchas mujeres tienen prácticas, por ejemplo, durante las reglas ¿sabes?” (ME.4).

Se han realizado numerosas campañas dirigidas hacia la población heterosexual y homosexual masculina con el objetivo de prevenir el SIDA, que es la más temida de las ITS, pero también hay riesgos de contraer otras infecciones, como sífilis, hepatitis, herpes... Sin embargo, la población, y en este casos las mujeres lesbianas no se ven tan susceptibles de padecer estas enfermedades.

- “[...] como que no hay mucha transmisión de fluidos, no sé, no es un sexo peligroso, no lo vivimos como lo viven los Gays, que es todo lo contrario, es un sexo muy peligroso, con lo cual te tienes que proteger. La idea general entre las lesbianas es que bueno, pues “no pasa nada” (MG.8).

Según afirman algunos estudios, parece ser que el SIDA no es fácil de transmitirse mediante el sexo oral entre mujeres, a no ser que estén menstruando. Sin embargo, tal y como comenta Marguerite Roberts en su tesis “HIV/AIDS in the lesbian community” (57), existe riesgo de contagio mediante otras prácticas (masturbación y penetración con dedos que tienen heridas, prácticas sexuales violentas, etc), por lo tanto, es un mito pensar que las mujeres lesbianas no tienen riesgo de contagiarse de SIDA, a pesar de que ellas tengan sensación de que, al haber menor intercambio de fluidos, hay menos riesgo (80). Además, hay otras enfermedades, como el herpes, que se adquieren por contacto íntimo directo y que son más frecuentes entre las lesbianas y bisexuales.

Incluso mujeres que están informadas, con estudios universitarios y que en su día fueron activistas, repiten en su discurso la propia sensación de invulnerabilidad:

- “Nada, nada iiii ¿qué me va a preocupar???!! Si yo mantengo relaciones sexuales con una mujer, entonces, las enfermedades de transmisión sexual...puff...es que son muy complicadas de contraer.[...]” (ME.6).
- “Reconozco que no me protejo. Pero también sé, ó creo que sé, que es más difícil el contagio de enfermedades venéreas entre mujeres, pero también existe, pero ahí no tomo ninguna... porque como tiene poca incidencia” (ME.7).

En el grupo de discusión, hablando acerca de las creencias y mitos sobre el contagio de infecciones de transmisión sexual entre las lesbianas, nos comentaban:

- “(MG.13): sí, que el SIDA no se transmite, por ejemplo

(MG.8): *como que no nos vamos a pillar nada muy malo, como que no hay mucha transmisión... [...]... La idea general entre las lesbianas es que bueno, pues “no pasa nada”. Y es verdad, no se suele usar nada, muchas veces, y esto es un problema, es una desinformación y unas ideas, que a través de información sanitaria, que estaría muy bien, que al fin y al cabo la salud publica también se implica en estos temas, y los ginecólogos, cuando tú vas a consulta te dijeran: “no, perdona, que aunque seas lesbiana tus prácticas pueden ser de riesgo”, cosa que muchas no saben.”*

Esta falta de información y esta sensación de invulnerabilidad, como comentaba una de las activistas informante, es algo que comienza en la escuela y que parte de la invisibilidad del colectivo. La educación afectivo-sexual que reciben los jóvenes en los colegios e institutos no contempla la diversidad sexual, no se habla de las lesbianas ni bisexuales, y tampoco se habla de la diversidad de prácticas sexuales, y esto es algo que afecta a cómo perciben sus propios riesgos las mujeres que tienen sexo con mujeres.

- “La educación que se da en las escuelas, aunque sea a veces muy deficiente, pero cuando se habla de salud sexual por lo menos te enseñan a colocar un preservativo, por lo menos eso. Pero claro,...aunque no en todas, pero ya es más que a las lesbianas. Porque un hombre gay puede adoptarlo, pero ¿qué hace una mujer lesbiana cuando recibe esa información: ¿Qué hago yo con eso??Cuando recibes esa información pien-

sas: "yo soy inmune, porque yo eso no lo puedo utilizar"... Te están transmitiendo que el riesgo se produce con esa práctica ...eh...penetración...que ahí existe el riesgo y te dicen cómo evitarlo. Pero cuando eso no se produce de la misma manera en las prácticas sexuales de las mujeres lesbianas, tú dices, das por hecho que eres inmune" (ME.4).

Mecanismos de Prevención

Por lo que vemos en los discursos parecería que las mujeres lesbianas y bisexuales no se protegen en sus relaciones sexuales con otras mujeres, pero la realidad es que sí utilizan determinados mecanismos que ellas consideran preventivos o que, al menos, disminuyen sus riesgos.

Higiene

A lo largo del estudio en numerosas ocasiones las mujeres nos han hablado de la limpieza y la higiene como una forma de protegerse de enfermedades. Pero además, señalan esta higiene como característica para detectar si su compañera sexual puede ser o no transmisora de enfermedades: si tiene aspecto de ser limpia, entonces debe estar sana.

Sin embargo, el hecho de padecer una enfermedad no necesariamente implica tener un estigma externo que lo manifieste, puesto que muchas infecciones pasan inadvertidas hasta para la propia persona que las padece.

- "[...] con mujeres no, no hago nada, higiene" (ME.1).
- "...y mira que nosotras somos más cuidadosas entre comillas, pero para esas cosas yo creo que no, que no se piensa que pueda haber alguna infección o algo..." (ME.2).
- "La realidad, también hay que pensar, que las relaciones de las mujeres es un contacto muy directo y, bueno, también tiene que ver con los cuidados personales, ¿no? pero bueno [...]" (ME.12).

La higiene y el aspecto saludable, no únicamente expresado por el aspecto físico, sino manifestada de otras maneras, como nos comentaba una de las mujeres más mayores:

- "Con mujeres, siempre he tratado de conocer mucho a la persona, y mucha higiene...pero penetraciones con dedos, nada más, y nada más... siempre con confianza, que ya conoces un poco, y ves su casa y ves la higiene, y ves cómo se cuidan, y entonces ahí... [...]" (ME.14).

Otras mujeres, además de hacer hincapié en la higiene, se aseguran de que su pareja no padezca ninguna enfermedad de transmisión sexual, mediante analíticas serológicas que lo confirmen:

- "[...] me hago todos los años pruebas de ITS, aunque tenga una pareja estable, es un chequeo médico, como hay gente que se hace todos los años una analítica, yo me hago pruebas de ITS y de ginecología. Pero como nunca he tenido ningún susto, afortunadamente, porque llevo muchos años cuidándome, nunca me he llevado ningún susto, entonces creo que lo estoy haciendo bien, cuando no me he llevado ningún susto ni siquiera pequeñito" (ME.3).

Monogamia / Fidelidad

Uno de los motivos que la mayoría de las mujeres lesbianas y bisexuales alegaban para no utilizar ningún tipo de barrera de protección, o para despreocuparse acerca del riesgo de contraer ITS era el hecho de que la gran mayoría son monógamas y fieles a su pareja. Tal como nos comentaba una de las entrevistadas, la monogamia está ampliamente extendida entre las mujeres lesbianas, que buscan una estabilidad en la pareja y basan las relaciones en la confianza y en el amor.

- "Sí que sé, si que...que a ver, lo que pasa que como nosotras somos monógamas, y eso lo sé a ciencia cierta... Y de todos modos, una enfermedad de transmisión sexual entre mujeres es bastante difícil de, o sea, en el remotísimo caso de que mi mujer me fuera infiel, ya sería remotísimo, también sería mala pata que además me transmitiera algo. Entonces no, pues nunca he tenido ningún tipo de precaución... [...] es que mi otra pareja también, la tuve durante dos años, y también, lo mismo, tampoco...pero ya te digo, es que es muy muy difícil que una...o sea, depende de las prácticas sexuales y nuestras prácticas no son de riesgo. ¿Sabes? [...] De todos modos, las lesbianas tienen una cierta tendencia a ser monógamas, así que..." (ME.6).

- “[...] Bueno, yo es que tengo pareja estable desde hace 7 años, entonces, tampoco tengo mucha sensación de tener peligro de contagio sexual ni cosas de estas ¿sabes? Entonces como que bueno...no tengo mucha necesidad de ese tipo de información, entonces yo vivo tranquila, con lo cual, tampoco creo que ni vendría a cuento...” (MG.8).

Sin embargo, el concepto de monogamia no siempre es el mismo para todas las mujeres, y además, un hecho frecuente es que mantengan “monogamia en serie”, es decir, mantienen relaciones duraderas con una sola mujer y ninguna otra al mismo tiempo, pero cuando la relación se rompe, tienen una nueva pareja estable, y así sucesivamente.

- “[HABLANDO SOBRE UTILIZACIÓN DE MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE ITS] Pues no, no...Porque, a ver....yo me enamoro, si no, no me acuesto con nadie.[...] No, no, porque ya te repito, que a lo largo de mi vida he tenido 3 o 4 parejas con mujeres y no he tenido ocasión, porque tampoco lo busco, no voy a las discotecas a ligar, han sido parejas estables. No he utilizado nada y tampoco creo que me gustaría, porque si yo encuentro una persona con la que no tengo confianza, ya por pura higiene, es que ya de entrada no puedo tener relaciones sexuales con ella, ¿sabes? Siempre son relaciones con confianza, siempre” (ME.14).

Establecer una confianza inicial, mediante la cual también se pueda llegar a hablar con honestidad de antecedentes sanitarios y enfermedades padecidas, era lo que nos comentaba una de las mujeres entrevistadas:

- “Entonces pues con las parejas sí, yo sí que hago el ejercicio de preguntar a la persona: “bueno, ¿en qué situación te encuentras?”. Y sabes que te arriesgas, claro, a que haya honestidad por parte de la otra persona. Yo de momento, doy gracias, que esa forma de control me ha sido efectiva” (ME.4).

Una de las mujeres entrevistadas, que además trabaja en el sector sanitario, comentaba también este hecho de la invulnerabilidad sentida, y la confianza y honestidad que se presupone a las mujeres lesbianas, y se da cuenta de su propia contradicción, puesto que al ser profesional sanitaria conoce bien los mecanismos de prevención, por lo que termina el comentario poniendo en duda su propia confianza en los mecanismos de prevención que utiliza:

- “Me gustaría pensar que esto es porque entre las mujeres no hay tantas enfermedades de transmisión sexual, entre mujer y mujer, y que si me voy a liar con una mujer que tiene algo, me lo va a contar. Así como de un hombre no me fiaría, de una mujer sí, me fiaría más. ¿Y EN EL CASO DE QUE FUERA UNA PAREJA QUE ACABAS DE CONOCER? Pues igual, sí, me fiaría de ella, sí.....iii que inconsciente!!! (Risas) sí, sí...” (ME.5).

No la primera noche

Hemos visto que muchas de las mujeres con las que hemos contactado basan sus relaciones en la confianza y son monógamas, y sus prácticas sexuales tienen que ver con la complicidad y la relación de pareja que establecen. Esto puede estar relacionado con el hecho de que muchas mujeres refieren no realizar determinadas prácticas la primera vez que conocen a una pareja sexual.

En este sentido algunas de las mujeres entrevistadas nos comentaban que no practicaban sexo oral o cunnilingus la primera vez que mantenían relaciones con otra mujer:

- “[...] Entonces, por ejemplo, el sexo oral con una persona desconocida, yo no lo práctico, a eso me refiero. Que hay determinadas prácticas que en contactos esporádicos no tienes... ¿sabes?...” (ME.4).
- “¿Cómo te lo explico? pues ciertas prácticas yo particularmente no las hago hasta que no tengo un conocimiento de la persona. Me puedo ir una noche con una mujer, pero no tengo sexo oral la primera noche, yo me espero, veo como es, si continuo voy viendo y ya voy dándome cuenta, o sea, vas eliminando factores de riesgo con el conocimiento de tu pareja. Y hombre, más o menos te fías un poco de la gente, ¿no?” (ME.7).

Los comentarios de las entrevistadas apuntaban a que este comportamiento es algo generalizado entre las mujeres que tienen sexo con mujeres:

- “Pues hay de todo, pero yo creo que este pensamiento es general, yo creo que sí, es general, bastante general. Yo la gente con la que hablo, la mayor parte de la gente, el sexo oral son muy pocas las mujeres que lo practican la primera noche, aunque todo el mundo tiene una noche loca...” (ME.7).

Categorización de prácticas sexuales

Por lo que hemos visto, existe cierta gradación o categorización de las prácticas sexuales, en función de la confianza que se establezca con la pareja, se llevan a cabo unas u otras; y además, clasifican de mayor o menor peligrosidad las diferentes prácticas en función del riesgo de contagio de enfermedades que consideran que pueden tener. No todas las mujeres nos han hablado de forma explícita de las prácticas sexuales que realizan, en su mayoría tocaban el tema de forma superficial, puesto que la sexualidad femenina, como ya hemos visto, y especialmente la de las mujeres lesbianas sigue siendo tabú. La falta de información en este sentido era señalada por una de las activistas:

- *"Eso por un lado, y por otro lado, hay un gran desconocimiento acerca de qué tipo de relaciones sexuales tenemos. Y que todo el mundo no sé por qué se empeña, o no sé qué se piensa que son nuestras relaciones, pero vamos, no nos damos y no nos decimos poemas de amor en la cama. Algunas sí y otras no, pero te quiero decir que no es así. Y por otro lado, hay muchísimo desconocimiento de todos los sistemas de prevención [...]" (ME.3).*

Otras simplemente referían que sus prácticas no eran de riesgo, como hemos podido leer en verbatains anteriores, pero no llegaron a explicitar cuáles eran. Pero alguna mujer y especialmente las activistas, sí han profundizado en el tema. Por lo que comentan, las prácticas que consideran de mayor riesgo son aquellas que implican coito con hombres; muchas de las mujeres lesbianas entrevistadas han reconocido haber mantenido relaciones sexuales con hombres en épocas anteriores de su vida, y las mujeres bisexuales entrevistadas, en el momento de la entrevista, sólo mantenían relaciones con mujeres, parejas estables desde hace años, y en todos los casos hacía mucho tiempo de la última relación con un varón.

Los riesgos que identifican parecen ser mayores en función de si existe penetración vaginal o anal con dedos o con juguetes sexuales: la introducción de elementos en el interior del cuerpo femenino se valora como más arriesgado que la masturbación externa, el frotis entre vulvas (tribadismo) o el sexo oral.

- *"Sí yo pienso que hay diferencias, sí, vamos, el sexo oral, me imagino, que no lo sé realmente, pero imagino que el sexo oral, lógicamente pue-*

des tener contagio de candidas si estás con otra persona después; o el utilizar, si es que utilizas, algún consolador o cualquier historia, puedes tener riesgo de contagio, mucho más fuerte que si simplemente no hay sexo oral o no utilizas ningún consolador, ahí es más físico, es de otra manera. El frotis como tal creo que puede tener menos riesgo porque es más externo, puedes tener alguna molestia, te pones un par de óvulos y se acabó, pero no vas contagiando al resto del personal..." (ME.7).

- *"Con mujeres, siempre he tratado de conocer mucho a la persona, y mucha higiene...pero penetraciones con dedos, nada más, y nada más... [...]" (ME.14).*

Y también nos comenta una de ellas más adelante:

- *"Si que sé, y es mucho el sexo entre lesbianas, es el frotis directo, ¿no? y me da la sensación que al ser externo que si yo noto molestias [...]. Que a lo mejor luego, como si utilizas dedos y utilizas historias, al final se convierte en interna también, es algo psicológico ¿no? Tú dices: "hago un frotis, y tengo menos riesgo de contagio que si utilizo directamente consoladores", aunque sí que es cierto que luego tienes penetración con las manos, si...pues el contagio va a existir igual. Pero sí que es un patrón psicológico de comportamiento...." (ME.7).*

Pero las mujeres muestran diferentes niveles de información acerca de cómo se pueden transmitir las ITS. En este sentido, las mujeres que tienen relación con las asociaciones LGTB y las representantes de los colectivos manejan más datos. Tienen información acerca de las vías de transmisión de las infecciones, no únicamente el SIDA:

- *"[...] y del VPH por las posibilidades de desarrollar un cáncer de cuello de útero. Y esa es otra, el virus del papiloma humano todo el mundo se empeña en que se transmite de chico a chica, y nadie se da cuenta de que muchas mujeres tienen virus del papiloma humano, y entonces, cuando haces una penetración con dedos se puede transmitir" (ME.3).*

Desde los colectivos también son conscientes de la dificultad de acceso a la información que tienen las mujeres que no se relacionan con las asociaciones LGTB:

- "También tengo amigas que no están vinculadas, y no, realmente no son conscientes, no lo son hasta que, o bien tienen un problema o tú les dices algo y de repente, se les enciende la lucecita y se alarman. La primera reacción es de alarma, de: "upss, esto no lo había tenido nunca en cuenta", y es por lo que te decía que antes, que en la educación que se da, no se recoge esto por ningún sitio" (ME.4).
- "No, además, cuando estás metida (no por pagar una cuota, sino porque te relacionas con gente de colectivos), te llega más información, porque se comenta, porque se oye que hay que hacer controles... Pues ya te digo, desde prevenir las caries y también la salud ginecológica, te llega más eso. No hay mucha información por medios de información exteriores, eso es algo como que enchufas la tele y la radio, y te están vendiendo la marca de coches tal... Y por eso creo que habría que dar más información, para prevenir más" (ME.14).

En cuanto al uso de juguetes sexuales, en ocasiones se comparten y se utilizan sin ninguna barrera protectora, pero las mujeres son más conscientes de que puede suponer un riesgo el compartir este elemento y utilizan preservativos para cubrirlos. Además, hablan de cuidados higiénicos de los dildos y otros aparatos. Así nos lo contaban tanto una de las mujeres no activista como una de las activistas, representante de una asociación:

- "Sí que es cierto que, por ejemplo, con los juguetes sexuales ya hay más cultura del uso del preservativo o de no compartir, o de esa limpieza en profundidad. Pero en el resto de prácticas no es habitual. Y mi entorno, por lo menos mi entorno, que no puedo valorar el resto, es cierto que la prevención es bastante, bastante bastante poca, por no decir nula" (ME.4).
- "Los juguetes no los he usado mucho, pero sí los he utilizado. Y luego higiene total y absoluta después de usarlos. Yo particularmente, les echo una gotita de lejía en el agua, los fregoteo y los pongo en el agua con lejía, ahí que se desinfecten perfectamente hasta la siguiente... [...] pero si lo hiciera alguna vez con alguien la primera noche sería con preservativo, nunca haría con un juguete compartirlo sin preservativo, porque ahí ya, será psicológico, pero pienso que el riesgo de contagio es mayor" (ME.7).
- "Sí se cuidan, por ejemplo, con los dildos, sí se cuidan. Siempre hacemos hincapié, y sí son conscientes ¿no?...les ponen el preservativo y si

tiene penetración una, sacan el preservativo y el dildo que van a colocar en la otra, le ponen un preservativo nuevo" (ME.12).

Hablando de las prácticas sexuales y de sus relaciones también comentan y valoran los métodos de barrera dirigidos a mujeres que tienen sexo con mujeres o para determinados actos sexuales.

Barreras: Cuadrante de látex / Preservativo femenino

Existen dispositivos en forma de cuadrantes o barreras de látex fabricados con el objetivo de evitar el contacto de fluidos en las relaciones de sexo oral (cunnilingus). Estos cuadrantes se colocan sobre la vulva, extendidos sobre clítoris y labios mayores y menores, y evitan el contacto entre la lengua y los fluidos vaginales. También existen dediles o guantes para la penetración vaginal con dedos.

Pero hay muchas mujeres que desconocen la existencia de estas barreras, y esto lo hemos podido percibir tanto en el grupo como en las entrevistas realizadas:

- "(MG.9): *hombre pues teniendo en cuenta que un preservativo vale un euro o te los dan gratis en todos los sitios, y el cuadro de látex cuesta...* (MG.11): *no se qué es el cuadro de látex* (MG.9): *por ejemplo, ves, ella no sabe lo que es el cuadro de látex. Y te puede costar 5-7 euros, a veces incluso más...entonces qué quieres que te diga, hay bastante diferencia. El cuadro de látex es eso, un cuadrado de látex, normalmente de color violeta o transparente, más o menos, que se pone, cubriendo desde el clítoris o un poco más arriba, hasta después de la vagina; sirve para hacer cunnilingus o lo que quieras...*"
- "Pues no sé, la verdad...Es que yo, en plan así, al tener relaciones con mujeres, no sé en qué te pueden dar información. O es que, tampoco sé cómo te puedes cuidar ¿sabes? Tengo la duda esa, ¿cómo me puedo cuidar si tengo relaciones con una mujer? Es decir, que no hay penetración ¿sabes?, que no es lo mismo que estar con un hombre. Pues hombre, también me gustaría saberlo si hay alguna forma de cuidarse pues yo..." (ME.1).
- "[...] en hombres sí, pero en mujeres...los hombres usan el preservativo...y las chicas, no utilizan, no han utilizado nada" (ME.2).

Pero este instrumento, la barrera de látex, no es bien valorado por las mujeres que tienen sexo con mujeres. Los motivos que alegan son los siguientes:

- Es caro, el doble o triple que los preservativos masculinos.
- Es difícil de conseguir puesto que no está a la venta en cualquier farmacia, la distribución no es muy amplia y no se difunde su existencia.
- Tamaño inadecuado, pequeño, por lo que se mueve y deja de proteger zonas con fluidos.
- Tiene un sabor desagradable y/o pica en la boca.
- Resta espontaneidad a las relaciones: permite practicar cunnilingus pero al mismo tiempo no es posible realizar penetración con dedos o dildos.
- Crea desconfianza en la pareja.

Todos estos comentarios surgieron en el grupo y en las entrevistas con mujeres activistas:

- "(MG.8): *como es muy caro, se usa papel de cocina.*

(MG.9): *eso, se usa film fuerte de cocina, que lo cortas como quieras y que te cubre más. A parte de que bueno, es superincómodo, tú vas ahí con tu cuadro de látex, que lo puedes lubricar o no, todo viene con todo incluido, y eso es la cosa más difícil del mundo, sobre todo para hacer ciertas prácticas. Imagínate que yo lo que quiero hacer es tribadismo, pues eso se va ir para todos los lados...Entonces claro, si lo quiero hacer... ¿lo quito, penetro, lo pongo, chupo?? ¡Qué lío! Realmente no está preparado; a parte del precio.*

(MG.13): *el precio y que hay poca información*

(MG.9): *tú te vas a los cuartos de baño de los garitos, y a la entrada tienes ahí tu cacharrito con tus preservativos, en los sitios de ambiente, en un montón de sitios, en el metro: "pun, echas tu monedita y te salen un par de preservativos". En el baño, el cuadro de látex que es para mujeres, nada, no hay nada. Y tú vas a la farmacia, y alguna vez si no hay ni te lo piden, y digo: "bueno, pues me aguantaré la mitad de las ganas esta noche"*

- "[HABLANDO DE LAS BARRERAS DE LÁTEX] *Es muy complicado conseguirlas. Es que además de eso, yo soy más partidaria del papel*

transparente de cocina, que del cuadrante de látex. Primero, porque los cuadrantes de látex que se comercializan, que todo el mundo conoce, son los que utilizan los protésicos dentales, entonces son pequeñitos; entonces si son pequeñitos, no cubren todo lo que tienen que cubrir, porque es incómodo.[...] Y luego es caro, cuesta 8 euros, que es lo que cuesta una caja de, ¿cuántos preservativos masculinos? No estamos en la misma situación, no es fácil de conseguir en todos los sitios" (ME.3).

- *"Es complicado porque no hay realmente métodos barrera realmente eficaces. Si, dispones de los cuadrantes de látex, pero ni nadie te ha enseñado a usarlos en condiciones, ni están a disposición, porque los pocos sitios en los que hay son caros, no cumplen los requisitos, son muy chiquititos, son muy pequeñitos, y dices: "bueno, je, je". Entonces, yo he de reconocer que no suelo usarlos"* (ME.4).
- *"[...]...no sirve, no se siente, se pierden muchísimas cosas.... eh, no es como un preservativo: en el hombre es más sencillo; en la mujer no hay manera de...de que...de poder encontrar algo que tenga una prevención real..."* (ME.12).

Como alternativa más económica, como vemos, se utilizan dispositivos caseros fabricados con papel film de cocina transparente, que se cortan según la medida necesaria.

Otra opción es utilizar un preservativo masculino, desenrollarlo y recortarlo, y extenderlo de forma que cubra la zona genital (ver **Anexo 1**).

- *"[...] sí, nadie le habla a una de: "mira, hay cuadros de látex", ¿no? Puedes llevarte unos guantes, o con un preservativo normal te haces el cuadro: le quitas de arriba, le quitas de abajo, le quitas la capsula de espermicida y te puedes hacer un cuadro de látex..."* (MG.9).

Las mujeres no activistas o menos activistas que conocen estas barreras de protección las valoran de una forma muy similar. Una de las entrevistadas, con pareja estable desde hace bastantes años comentaba:

- *"Nada, la barrera de látex, lo estuvimos viendo, pero era tan incómodo, tan engorroso y tan... pues no...Y creo que eso es algo común, no creo que llevemos ni un preservativo para hacer un cunnilingus ni dediles, ni nada"* (ME.5).

Estos dispositivos son desconocidos por una buena parte de las mujeres lesbianas, pero aquellas que los conocen, incluso aquellas más activistas, reconocen que tampoco los utilizan y que son conscientes de que el colectivo no los usa en general:

- "[...] la mujer lesbiana no se cuida. Yo puedo hablar de... o sea, si a mí me dicen qué métodos hay, yo los explico, pero también tengo que ser realista: no lo utilizamos, no lo utilizamos..." (ME.12).
- [HABLANDO SOBRE EL USO DE MÉTODOS DE BARRERA] "[...] Sinceramente, sinceramente, y como dice el refrán popular: "En casa de herrero, cuchillo de palo". Poco, o sea, poco con métodos barrera" (ME.4).

Es llamativo que se produzca esta contradicción en las mujeres más comprometidas y activas políticamente, las cuales tienen mayor información en cuanto a temas sanitarios, riesgos de contagio y mecanismos de prevención, y que tratan de promover el uso de este tipo de barreras dentro del colectivo, pero que luego, la realidad que comentan es que no las aplican en su vida personal.

Y alegan el mismo argumento las mujeres activistas y no activistas: que les resta espontaneidad y creatividad en las relaciones. Así nos lo decían ME.3, activista de 32 años, que conocer en profundidad los mecanismos de transmisión de las ITS y también ME.7, mujer no visible y no activista de 40 años:

- "[...] es que yo quiero algo práctico, como los chicos, un condón, que te lo coges, te lo pones y más o menos sabes que vale para todo; no quiero irme a la cama con el maletín de bricolaje. Entonces, como te he dicho que soy muy clara cuando hablo, la gente se reía. Porque yo dije: "si es que, a mí me gusta ser creativa en la cama, y no me quiero ir con el kit de bricolaje que tenga el guante por si te penetro de manera anal, tanto anal como vaginal, el cuadrante de látex por si te hago una comida, el condón por si voy a utilizar juguetes, dediles... ¡¡No me parece práctico!!" (ME.3).
- "Los conozco, que son como un preservativo pero tipo, como una mantita chiquitita de látex, ¿no? pero es que no me gusta, no me gusta nada, el látex no me gusta. El preservativo está puesto, pero el látex (la barrera) tienes que ponerlo cada vez, y no es práctico ni cómodo. Yo pienso que vale, que sí, está muy bien y lógicamente se debería de usar, pero no me compensa. O sea, si tengo que andar pendiente de colocarlo cada vez que tengo

que... vamos, que no, que no, no es práctico, para nada. Tú estás con alguien y ahora se mueve, lo vuelvo a colocar, lo usas una vez, lo quitas, vuelves a poner otro nuevo, lo quitas, vuelves a poner otro...no es práctico. Yo reconozco que sí, vale, sí, deberías, pero vamos, yo no pienso usarlo, me quita espontaneidad al practicar sexo. Tampoco lo conozco mucho, eh..." (ME.7).

En este sentido buscan alternativas más prácticas, baratas, accesibles y cómodas:

- "Y soy partidaria del preservativo femenino porque el aro exterior me permite proteger bien los labios y proteger el clítoris. Y yo les decía que para mí es muy engorroso el cuadrante de látex, porque tengo que estar así (hace gesto de cómo lo colocaría) y no es cómodo, y cuando les hacía el gesto se reían. Y luego, por ejemplo, si quiero cambiar, si al tiempo quiero hacer estimulación con lengua de clítoris y quiero hacer una penetración, no tengo que quitar el cuadrante, meter el guante...o haces una cosa o haces otra, no puedes hacer las dos, pero con el preservativo femenino sí que puedo. Pero el preservativo femenino no lo tienen todas las farmacias, y no todas las farmacias lo conocen, no porque no lo conozcan, sino porque todavía hay farmacias que tienen objeción de conciencia" (ME.3).

Sin embargo, parece haber alguna situación en la que los métodos barrera son más utilizados y los recomiendan especialmente. Desde los colectivos insisten especialmente en el uso de estas protecciones cuando se conoce la existencia de una infección (herpes genital, papiloma, SIDA, etc) o cuando una de las componentes de la pareja tiene alguna herida en los dedos o tiene la menstruación:

- "...y lo utilizan cuando hay alguien, una pareja estable, donde una de las dos...donde más lo utilizan es si una tiene HPV, lo utilizan en guantes, porque ya el cunnilingus, bueno..." (ME.12).

Pero por otro lado, afirman que tampoco son métodos bien aceptados por las parejas que puedes conocer una noche, para una relación esporádica, aislada. Anteriormente comentaban que basaban sus relaciones en la confianza en la otra mujer, y aquí hacen referencia a la sensación de desconfianza que generaría el hecho de sacar una barrera protectora: levantaría suspicacias en la otra persona o también podría ser interpretado como una forma de estigmatizarla.

Así lo comentaban las mujeres lesbianas y bisexuales del grupo de discusión:

- "(MG.9): [...]...sobre todo porque también luego hay otra parte que tampoco, bajo mi punto de vista, hay poca educación dentro de las lesbianas, no solamente no los utilizan, no los conocen, sino que también da un poquito de "yu-yu". Tú puedes estar ahí con una chica y sacas tu monederito de Hello Kitty o lo que quieras, abres y sacas ahí, yo que sé, un guante, y lo primero que te va a preguntar o te puede preguntar es: "¿para qué es, para qué te pones el guante?". Como que nos lo tomamos peor. Igual que una mujer (digo mujer en general), está educada con que si te acuestas con tu pareja hombre el preservativo está muy presente: "si no tengo preservativo, no lo hacemos", muy concienciados tanto él como ella, pues las lesbianas no. Si tu sacas tu guante, simplemente, porque bueno, da igual: "te voy a tocar y luego me lo quito y me lo hago yo ó hago lo que quiero", y es como que se extrañan de alguna manera. O por ejemplo un lubricante o cualquier cosa, es como: "yo no necesito eso, tú que te has pensado de mí"

(MG.8): claro: "tú que te has pensado de mí? ¿tú que te crees?"

(MG.9): cosa que en un hombre, a mí ni se me ocurre. Tu vas con un hombre, y si te vas a acostar con un tío y me da igual que piense él: "¿¿qué piensas de mí?? ¿Qué te voy a dejar embarazada??. Pero yo tengo aquí mi preservativo...Ni te lo planteas, ¿no?"

(MG.13): hace unos años sí que hubo eso con los hombres, y de hecho, no había ni preservativos hace un tiempo. Y cuando se empezaron a usar también había este tipo de problemas: ellos no querían o ellas en algunos casos, hablaban de la sensibilidad que se pierde y todas esas cosas. Hoy en día todo eso ya ha desaparecido, afortunadamente todo el mundo se ha dado cuenta de que ganas mucho más poniéndotelo que sin ponérselo. Pues esa misma educación que se dio en las parejas heterosexuales se necesita ahora [...]"

Se aprecia a través de los discursos recogidos por las mujeres, especialmente las no activistas, cierta falta de conocimientos en cuanto a mecanismos de transmisión de ITS, y no siempre tienen prácticas seguras, puesto que consideraban que el uso de barreras va en detracción de la intimidad y el erotismo.

Señalan desde los colectivos también esa falta de información, de concienciación y de motivación sobre prevención de riesgos y prácticas sexuales, que debe partir igualmente desde las escuelas, para poder romper con los tabús, que son comunes a heterosexuales, bisexuales y homosexuales.

Sería interesante poder realizar un estudio comparativo entre los mecanismos de prevención de ITS que utilizan las mujeres lesbianas y bisexuales en sus prácticas sexuales entre mujeres y los mecanismos utilizados por los heterosexuales. Dado que muchas de las prácticas son comunes, independientemente de la orientación, nuestro conocimiento socio-cultural y nuestra intuición nos dicen que las estrategias de prevención de ITS (higiene, fidelidad, etc) y el desconocimiento o escaso uso de barreras para el sexo oral, juguetes, etc, no es mayor en parejas heterosexuales que entre lesbianas.

Los colectivos como agentes de salud

Los colectivos LGTB, que son los más conscientes de las necesidades de las mujeres lesbianas y bisexuales, tratan de paliar esta falta de conocimientos sobre los mecanismos de transmisión de ITS y las barreras protectoras existentes, elaborando folletos informativos, dirigidos a esta población en particular (80, 81). El objetivo es informar de manera veraz, desterrar tabús, y minimizar los riesgos, aunque es cierto que a veces no tienen toda la difusión que sería deseable.

No existen muchos folletos específicos de mujeres lesbianas y bisexuales, o como decía una de las mujeres, quizá no sea necesario hacer uno dirigido a ellas, pero sí elaborar información sobre todo tipo de prácticas, y que cada una escoja cuales son las tuyas y conozca los riesgos.

Hemos encontrado, aunque no sin cierta dificultad, algunos elaborados en España por asociaciones de distintas provincias (**Figuras 3 y 4**. Ver también **Anexo 1**).

Así nos lo comentan las representantes:

- "Porque nosotros tenemos un maravilloso equipo de prevención, que estoy deseando que hagan un taller para el grupo de lesbianas. [...] se han hecho folletos informativos para dejarlos a los ginecólogos, para que vean qué tipo de relaciones sexuales mantenemos nosotras, y para que vean con que sí tenemos posibilidades de contagiarnos. Y al mismo, tiempo otros folletos

para las chicas, para decirles: "vete a hacerte la prueba, o si vas a hacer tal práctica sexual puedes utilizar tal método de protección; si vas a usar tal práctica sexual puedes usar el cuadrante, la barrera de látex; si utilizas juguetes usa condón, el preservativo femenino...", todo ese tipo de cosas" (ME.3).

Las representantes, conscientes de su mayor formación en materia sanitaria y preventiva, se convierten en agentes sanitarios. Desde las asociaciones se crean grupos de formación, se realizan talleres, y al mismo tiempo, estas mujeres, mediante el "boca a boca" transmiten sus conocimientos al resto de mujeres lesbianas y bisexuales. Forma parte del hecho de ser activista, así nos lo comentaba una de las entrevistadas:

"Sin lugar a duda, sí. Primero, porque tenemos más acceso a la información. Y segundo, porque el trabajo político que hacemos es, en general, no solo de obtención de derechos, sino también de atención integral a la persona, y en este caso también pasa por nuestra salud, y muchas otras cosas. Cuando hablamos de salud, no solo hablamos de salud sexual, o reproductiva, sino esa forma de entender la salud como algo global" (ME.4).

Es un tema que se viene tratando desde hace años, como nos comenta una de las mujeres entrevistadas, que fue activista hace más de 10 años y colaboró en talleres de salud, pero que a pesar de todo, parece que no ha tenido la repercusión grupal que se esperaba.

Figura 3. Folleto de mujeres lesbianas y bisexuales.



Figura 4. Folleto de mujeres lesbianas y bisexuales.



- "Yo recuerdo que esas conversaciones las teníamos pues, cuando yo era más joven, y me relacionaba más con otras lesbianas, en (asociación) y eso. Sí que hacíamos talleres de prevención, eh, con todos los métodos que hay de protección, sí, o sea, sí... Yo he llegado a tener kits en casa, de protección y eso, y sí... No es que fuera un tema que preocupara, es que bueno, parecía un poco curioso ¿no?, porque a nadie se le había ocurrido. Y sí, es cierto que hay que tener cuidado, pero a la gente en general no se le había ocurrido el tema. Pero bueno, ya a raíz del VIH, del Sida, se hizo un poco más imperioso, pero, pero vamos, que desde entonces yo no he vuelto a tocar el tema (risas), la verdad..." (ME.6).

Incluso han realizado distribución gratuita de material de protección (barreras y preservativos de látex), pero, tal como veíamos antes, no han tenido suficiente calado en las mujeres usuarias:

- "[HABLANDO DE LAS BARRERAS DE LATEX] Porque durante muchos años, si te ibas por Chueca, se ha promocionado el uso, e incluso se ha repartido, pero es que nadie los ha usado, vamos, no conozco a nadie que los haya usado..." (ME.7).

Las asociaciones LGTB son conscientes de su invisibilidad para las administraciones públicas, y al mismo tiempo, de la necesidad de apoyo por parte de éstas. Hacen un llamamiento para que estas administraciones públicas aporten el apoyo económico y publicitario necesario para que esta información, que en los colectivos se elabora y se distribuye de forma limitada, tenga toda la difusión posible y el calado suficiente.

- "...no van a gastar dinero para un estudio de lesbianas, ni para transexuales ni por ahí...A veces es por modas, hay mucha campaña, (y bienvenida sea la campaña del VIH del hombre que tiene relaciones con hombres, y en eso estamos todos, y trabajamos bien) pero ¿y las mujeres? Eso habla de que estamos invisibilizadas en todo tipo de sitios, en todo lo que quieras [...]" (ME.12).
- "Sí, sí que se hacen campañas, y se intenta concienciar, dentro de lo poquito que sabemos, porque es un círculo vicioso: se sabe poco porque no hay financiación para investigar. Las investigaciones que nosotros podemos llevar a cabo, salvo que seas un profesional, dentro de tu labor profesional lo desarrollas, nosotros en los colectivos no tenemos esa formación. [...]" (ME.4).

Todas estas acciones son necesarias para garantizar la igualdad efectiva en el derecho a la salud de las mujeres lesbianas y bisexuales. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha indicado que "en virtud de lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por [...] el estado de salud (incluidos el VIH / SIDA), la orientación sexual [...], que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud" (82).

Maternidad: vías de acceso y dificultades

Conceptos de Maternidad

La idea de maternidad es tan amplia como el número de mujeres entrevistadas. En nuestra sociedad existe la maternidad como concepto biológico, que implica reproducción de la especie, gestación, transferencia de genes y de rasgos físicos; también como concepto social, que implica cuidado y amor, transmisión de valores, ideas, unidad familiar... Pero la maternidad es un concepto cambiante, que avanza a medida que lo hace la sociedad en la que vivimos. Actualmente ya no es necesario pasar por un embarazo para ser madre, y si ampliamos el concepto, ya ni siquiera es necesario ser una mujer para tener un hijo, puesto que la maternidad también implica la idea de crianza, y por tanto, incluye la paternidad. Todas estas ideas han sido comentadas por las mujeres en las entrevistas.

Lo cierto es que a lo largo de los años, muchas mujeres lesbianas han deseado tener hijos, y en ocasiones han accedido a la maternidad por diversas vías, supeditadas a los condicionantes sociales de cada momento. Según el Informe de Jóvenes LGTB 2009 (17) llevado a cabo en nuestro país, entre jóvenes de hasta 25 años de edad que no se identifican como heterosexuales, el 82,9% de las chicas deseaban formar una familia.

No desean tener hijos ¿un mito?

La idea general de la mujer lesbiana como mujer no reproductora, que no quiere tener hijos, existe, y ya hemos hablado de ella anteriormente. Pero

aunque este estudio es cualitativo, y no pretende que sus números sean representativos, nos parece importante remarcar que un número pequeño de todas las mujeres contactadas comentaron no querer tener hijos de ninguna manera.

Estas mujeres entrevistadas remarcaron el hecho de no querer ser madres y este posicionamiento tenía que ver con planteamientos vitales sobre la sociedad, la pobreza, etc, y también con el hecho de ser lesbianas:

- *"Nunca, eso es algo que quiero que escribas, nunca. Desde muy pequeña siempre he pensado que tener un hijo es una responsabilidad tan enorme que no quería asumir esa responsabilidad. Y tengo todo el derecho del mundo a elegir no tener hijos. Y cuanto más vivo en este mundo, me parece injusto que la gente todavía tenga hijos, porque un 70% de las personas de los países "civilizado entre comillas", tienen hijos por aquella frase antigua de: "Dios los trae".[...] Nunca, nunca he querido tener hijos, no, no, ni siquiera mis parejas me lo han planteado, y si lo hubieran planteado, hubiese dicho...Es que tener un hijo es mucho más que parir, porque parir...[...] y si quieres tener un hijo, adóptalo [...]. Porque todo eso es cultural, lo de: "es tu sangre", "es fruto del amor", para mí son frases hechas, es educacional y cultural, ancestral.."* (ME.14).

En el siguiente caso, la mujer tenía un discurso mucho más elaborado y sí lo había relacionado con su orientación sexual:

- *"[...] en mi caso no lo ha sido porque yo nunca he querido tener hijos,[...] que yo entiendo que hay muchas mujeres lesbianas que quieren ser madres por inseminación o por lo que les dé la gana...pero, en muchos casos, va en contra de los mandatos de género totalmente, es lo subversivo de ser lesbiana, aunque no queramos, si es que...no eres madre, no eres reproductora, no te ocupas de una familia, no cuidas hijos: te sales de la orden social, de lo establecido como base de la sociedad, que es la familia, ¿sabes? Y eso choca mucho a la gente, les choca y les desconcierta..."* (MG.8).

En otro caso, también nos encontramos con mujeres que sí desean tener hijos, desean cuidar y criar un bebé, pero no biológicamente, no quieren pasar por un embarazo, y también lo relacionan con su identidad sexual:

- *"Porque no me veo, fíjate. Mientras sí que siento ese deseo de crianza y de tenerlo, no me apetece el paso por la gestación, y también tiene que ver un poco con la identidad, o sea, sí, un tema de identidad. Porque aunque seas mujer, o sea, no sé si entiendes la diferencia entre orientación, identidad... Es el decir, o sea, te sientes físicamente a gusto con el ser mujer, pero tampoco te ves en ese rol de mujer ¿no? Entonces, para mí sería un poco asincrónico, no sería fluido el hecho de gestar un niño. Sin llegar al otro extremo de, yo que sé, la transexualidad, ¿no? Pero sí que quizá es un punto intermedio, que me dice que yo no, que biológicamente no.[...] Yo tengo muy marcado el rol de cuidado. A lo mejor por la apariencia externa tú me adjudicas en un sitio determinado, y la forma que tengo yo de relacionarme con las personas es muy femenino"* (ME.4).

El deseo de maternidad de las mujeres lesbianas no es diferente del de las mujeres heterosexuales. Se pone sobre la mesa el tema mítico del instinto materno y la opción de toda mujer de ser o no madre (83).

¿Rompiendo estereotipos de género?

Las mujeres lesbianas y bisexuales, como hemos ido viendo a lo largo del trabajo, en ocasiones rompen con los estereotipos de género. Pero no en todos los casos ni en todas las situaciones. El mito de que las lesbianas no quieren tener hijos ni ser madres es sólo eso: un mito; no es algo que ocurra de forma general, sino que tiene que ver con la particularidad de cada mujer, como hemos visto en el apartado anterior. Muchas mujeres lesbianas rechazan la incompatibilidad entre su orientación sexual y la maternidad o su capacidad para ejercerla.

Esto lo comentaba una de las mujeres activistas:

- *"Ahí sí que te voy a decir que no hay una generalidad, que hay mujeres que desean locamente tener descendencia y otras que vamos, ni de broma, ni de broma. Y eso sí que creo que es muy similar a las mujeres heterosexuales. La única diferencia quizás es que nosotras no nos sentimos obligadas. En muchas ocasiones, creo que las mujeres heterosexuales, todavía creo que en ciertas ocasiones se sienten obligadas, aunque no sean conscientes de esa obligación: "es el rol que tengo que cumplir, soy mujer, estoy dentro del matrimonio, pues..."", como que está asociado a una serie de pasos a lo largo de*

tu vida. Y nosotras, en ese sentido somos, creo que somos más libres de elegir, y lo hacemos, y de hecho, cuando se hace, se hace con total conciencia de lo que significa" (ME.4).

Y esto comentaba otra de las mujeres:

- *"Tuve una época muy muy maternal como a los 32-34 años, unas ganas locas...pero se me pasó, se me pasó, pero no lo descartaría. Ahora yo creo que lo descarto más por la edad, y por el destroce de cuerpo que te produce un embarazo, y también porque mi vida de soltera me hace ser todavía, no sé, que no estoy preparada para dedicar mi vida a alguien [...]. Pues no estaba relacionado con ninguna pareja, ni con ninguna relación estable de pareja, no, no. En ese momento, además, no la tenía. Pero yo soy muy niñera"* (ME.7).

Lo que sí manifiestan es que el hecho de tener una pareja mujer, en muchas ocasiones, retrasa la maternidad y la gestación, tal como comentó en el grupo de discusión una de las mujeres bisexuales:

- *"(MG.9): hombre, lo que es un hecho es que el hecho de ser lesbiana y tener una pareja mujer eh..A mí sí, de alguna manera, la maternidad se quedó un poco más apartado que cuando tienes una pareja hombre..."*

(MG.11): *por supuesto....*

(MG.9): *te estoy hablando de mi caso ieh! En la pareja hombre era como: "es lo siguiente: es lo que me gustaría, lo natural, es lo que toca, es..." y que también hay un deseo, también, pero luego no pudo ser...Pero sin embargo, en las relaciones con mujeres yo sí que dejé aparcado mi deseo de ser madre, puesto que no iba a ser de la persona que amaba, puesto que con una mujer, ni entonces ni ahora puedes tener un hijo...*

(MG.8): *bueno ahora sí, con lo del óvulo... (Hablan todas a la vez replicando a la MG.9)*

(MG.9): *claro, pero eso será ahora mismo, pero yo te estoy hablando de mis primera relaciones con una mujer, y claro, quedaba aparcado, porque o me insemino yo (aunque ella me acompañe en todo el proceso y demás...) o adoptamos, como tal. Y entonces, bueno, pues la adopción... y si te inseminas, buscado alguien lo más parecido a ella...entonces yo sí, sí que reconozco que claro que, mujer, aquí concepción no hay, y por lo tanto lo dejas un poquito relegado porque a quien amas, pues no se puede biológicamente. Y*

eso te hace retrasar y detener ese deseo, que por ejemplo, yo en mi caso he volcado con mis sobrinos mogollón, o con los sobrinos de mi pareja, o con los niños cercanos...”

Maternidades frustradas

La maternidad es, para muchas de ellas, algo muy unido al hecho de ser mujer, de sentirse mujeres. Muchas de ellas se lo han planteado en algún momento de su vida, pero debido a condicionantes sociales o personales, no lo han llevado a cabo, y ha sido un deseo no realizado. Así nos lo comentaban las mujeres lesbianas más mayores y también las representantes del colectivo LGTB:

- *“Pero no, yo creo que por lo otro no hay diferencia, eso que dicen que: “las lesbianas no quieren tener hijos”, no es verdad. Sé de muchas mujeres, de determinada edad, que en su momento no pudieron acceder, no había forma de tener esa descendencia si no era de la manera convencional y no estaban dispuestas, pues que se han quedado sin tener esos hijos, y sí que les hubiese gustado. Y no son ni una ni dos mujeres, a mí alrededor son muchas, muchas mujeres” (ME.4).*
- *“Evidentemente, sabía que con una mujer nunca iba a tener, porque yo también me lo he planteado sola. La inseminación lo mismo: era una pasta y había que irse...a tomar por el saco, entonces estaba descartado por la economía. Entonces, quedaba la adopción... ¿frustrada? Pues sí, un poquito sí, de no haber podido tenerlo... de haber pasado por el embarazo... eh... de alguna manera sí. Yo sí que pensé en adoptar, pensé: “bueno, sí, pues adopto un niño”, y estuve mirando lo que costaba, y mirando todo lo que pedían y todas esas cosas... pero luego, miras tu economía y piensas: “pues va a ser que no” (MG.9).*
- *“A mí sí me hubiera interesado, me parece una experiencia que tiene que ser preciosa [...] ya no, con 47 años ya no. A nivel de vivir un embarazo, no sólo de tener un hijo, pero me parece que tiene que ser una experiencia muy bonita. No me frustra no haberlo tenido, porque de ser así habría hecho algo, pero que, si que pienso que tiene que ser una experiencia muy interesante, y me encantan los críos, o sea que...pero bueno, yo habría sido buena candidata, pero luego pasan los años, te haces cómoda y ya piensas que no, que ya tengo mi vida, mis viajes, mis historias... Como que no, ya criar un niño va a ser que no.*

“Pero sí que con veintipocos años tuve ahí un momento, un impulso de....pero bueno...” (MG.11).

Estas dificultades tienen que ver con los condicionantes económicos y también sociales, puesto que las parejas de mujeres no han tenido igualdad legal en relación a la maternidad hasta hace relativamente pocos años. En este sentido, los cambios recientes en la legislación internacional y española, reconociendo el derecho al matrimonio, han facilitado la formación de familias de mujeres lesbianas. Hasta la fecha, al menos seis países han promulgado legislación que permite el matrimonio entre personas del mismo sexo: Holanda, Bélgica, España, Canadá, Noruega, y Sudáfrica. Otros 18 países y estados federales de otros 5 países reconocen, en el marco de diferentes figuras jurídicas (unión civil, pareja de hecho, cohabitación legal, pareja civil, pacto civil de solidaridad, etcétera), a las parejas entre personas del mismo sexo. Sin embargo, estas figuras conceden menos derechos y obligaciones que el matrimonio.

Idea tradicional de maternidad

Como comenta la mujer anterior, hemos encontrado ideas más tradicionales en cuanto a la maternidad, que tienen que ver con el hecho de dejar descendencia propia, con el rol tradicional de mujer y madre, etc.

Una de las mujeres entrevistadas, que en el momento actual no se planteaba ser madre, pero no lo descartaba de cara al futuro, lo expresaba así:

- *“Hombre, me gustaría poder decir que es algo tuyo, vas trascendiendo, vas haciendo familia, eso sí. [...] Pues a lo mejor puedo cambiar de idea, porque yo creo que la mujer que diga que no quiere ser madre.... a mí me encantan los niños. Y supongo que en algún momento volverá, supongo que tendré esa ilusión, que no lo sé. Pero vamos, que si vienen, bienvenido sean, y supongo que en algún momento vendrá, porque a mí me encantan los niños” (ME.1).*

Esta mujer, de las más jóvenes que entrevistamos, que tiene pareja estable desde hace años y comparte la crianza de la hija de ésta, tiene un planteamiento más tradicional de lo que es la maternidad y la familia, que implica compartir genes y rasgos. Y esta idea convive con su identidad de mujer lesbiana, que reafirma en otros momentos de la entrevista, y esto era lo que expresaba en relación a la reproducción asistida y la familia homoparental:

- *"Pues pensaba en hacérmelo "in vitro". Lo que pasa que es mucho dinero, mucho moverte, está al alcance de gente que pueda costearse, y eso también te tira mucho para atrás, porque es un proceso largo y eso también te tira mucho para atrás. El tema económico, no están las cosas bien y eso. Pero vamos, que yo creo que me tira más para atrás el saber que ya hay una que es un bicho y entonces, ¿para qué quiero más?, no quiero más, así que vamos...[...] Pero vamos, que yo eso lo veo una cosa complicada, yo no pasaría por eso. No sé, porque yo siento la sensación que aunque fuera "in vitro" es una cosa que no es mutua, ¿sabes? Es, por ejemplo: con mi pareja, es "la hija de mi pareja", nunca va a ser mi hija. Y es como si yo tengo una hija, mi hija nunca va a ser su hija. Es una sensación rara, porque dirás: "sí, los vamos a criar juntas y va a ser todo juntos", pero siempre será: "no, es mi hija". Yo es esa sensación que tengo. Por eso a lo mejor, yo también me tiro mucho para atrás en ese aspecto porque luego supongo que cambiaría mucho en la relación de pareja las situaciones así. Por eso yo creo que me echo para atrás en ese aspecto. Es algo que no... Yo se que a mí me gustan las mujeres, y que es muy bonito, tienes un hijo, pero ¡es que no tienes un hijo!, lo tiene la persona que se queda embarazada. Luego no es... no, es decir: "esta es tu madre y esta es tu madre", ¿a ver? No sé, esto es muy raro, es una sensación rara, no te lo sabría explicar ahora mismo...pero vamos, que no lo veo que es una cosa mutua, de compartir con la pareja en ese aspecto. Supongo que es igual como el que adopta: por mucho que llegues a quererlo, pues igual que yo quiero a la hija de mi novia, pero sabes que no es tuya. Siempre está eso que sabes que no es tuyo. Que ella tiene su madre y es así, digo yo, no sé. No sé si será normal lo que pienso, pero yo lo veo así" (ME.1).*

Maternidad como proyecto de pareja

En la actualidad, las familias son mucho más diversas de lo que sugieren las nociones culturales sobre la familia. En las últimas décadas, la familia nuclear se ha desinstitucionalizado, y la realidad social se ha inundado de nuevos modelos familiares. Las formas familiares se han multiplicado y aumentan las familias monoparentales, reconstituidas, unipersonales, las parejas de hecho y las familias homosexuales.

La maternidad para las mujeres lesbianas aparece en numerosas ocasiones como un proyecto común de vivencia en pareja, algo deseable en el futuro, que implica criar un hijo/a y formar una familia.

- *"Sí, sí. Yo no sé si existe realmente ese instinto maternal, no lo sé, pero sí que es cierto que los críos, en líneas generales, me apasionan, y sí que me gustaría. Para mí, sí que es reflejo, con matices, el tener un hijo dentro de una pareja, es reflejo de un proyecto común, tal cual lo veo; que perfectamente podría hacer si no se diesen esas circunstancias, lo podría hacer en solitario, tener familia. Es un deseo, algo que te nace de dentro que no racionalizas realmente; el deseo de maternidad o paternidad yo creo que no es algo que tenga una explicación lógica [...]" (ME.4).*

Este compromiso de crianza, como parte de la unión en la pareja, también lo comentaba una de las mujeres bisexuales, que tiene hijos de un matrimonio heterosexual anterior, y que actualmente está casada con una mujer:

- *"... [...] en ese momento de mi vida estaba con ese hombre, [...] tuve a los dos, luego ha habido un divorcio, efectivamente, y luego me he vuelto otra vez a volver a casar. Y sin embargo, no lo voy a hacer porque tengo 53 años, y eso sí que sería una barbaridad, pero me encantaría tener un hijo con mi mujer, me encantaría. Lo que pasa que ninguna de las dos estamos en edad de merecer embarazos (risas), hoy sí que sería una locura, ¿no?" (MG.13).*

En estos casos, la mayoría de las mujeres entrevistadas contemplan el embarazo de una de las dos componentes de la pareja, o de las dos, como lo más deseable. Las mujeres más jóvenes, que se planteaban la maternidad de cara al futuro, lo hacían pensando en que fuera su pareja la que pasara por el embarazo, y comentaban lo siguiente:

- *"Mi pareja es más niñera, sí, ella tiene muchas más ganas, mucha más, no sé, todo. Yo, personalmente, no, no tengo instinto maternal, no sé si me vendrá, no sé; pero mi pareja sí, sí que lo hemos hablado, y le apetece, y le haría muy feliz, pero yo personalmente no. Y sería ella la que...fuera madre, la que tuviese al niño, la que se quedara embarazada. [...] la mayoría de mis amigas lesbianas sí quieren tener, además, ellas personalmente. Yo, como mi pareja lo tiene muy claro, no tengo ningún problema, va a ser ella, o sea que...pero sí, conozco a parejas que les da igual una que otra" (ME.2).*

- *"Entonces sí, sí que tengo ganas. Sí que es cierto que a lo mejor físicamente no. Si pudiese elegir, creo que tiraré más a que sea a través de mi pareja, que lo tenga ella. [...] Y para mí no es ningún tipo de problema, en un momento determinado decir "bueno, no es biológico, pero no me importa lo más mínimo", es más que nada un proyecto. El dar afecto o cuidado a una persona que lo necesita"* (ME.4).

Pero también se plantean la maternidad como proyecto de crianza de hijos, que no necesariamente tienen que ser biológicos. En este sentido, existen dificultades para hacer efectivas las leyes.

Maternidad planificada

La maternidad para muchas de estas mujeres es muy deseada, se lleva a cabo de forma muy consciente (no son embarazos no esperados, no buscados, como en ocasiones ocurre en las parejas heterosexuales), tras pasar por un proceso de preparación largo y costoso. Muchas de estas mujeres retardan la maternidad, tanto sea biológica como no, por los mismos motivos por los que se retrasa en la población heterosexual: problemas económicos, laborales, retardo en la emancipación, situación de bienestar y consumismo, objetivos y carrera profesional, etc. Planifican la maternidad. Así nos lo comentan:

- *"Yo sí, yo quiero ser madre. A ver, ahora mismo estoy en el proceso de cambiar todo mi sistema de trabajo para que mi horario no interfiera con el de mi pareja, y en el momento en que nazca el niño esté cubierto hasta que cumpla los 3 años, que vaya al colegio"* (ME.3).

Y sobre los motivos que les hacen retrasar la maternidad, muy similares a los que se dan entre la población heterosexual, comentaban:

- *"Nosotras normalmente accedemos a una maternidad más madura, normalmente, precisamente porque nuestra experiencia vital nos lleva a trabajar primero, y luego ya pues sí, deseamos tener un niño y lo tenemos. Y sí, creo que nuestra edad para la maternidad es más madura, somos más de los 35 que de los 30"* (ME.3).
- *"[...] el momento adecuado yo creo que tenía que ver con que yo terminara mi tesis doctoral, sí, yo creo que era eso, que yo terminara mi tesis doctoral, porque el trabajo siempre he tenido...[...] Yo hubiera esperado dos añitos más, a cumplir 37, 38, 39....."* (ME.6).

Algunas mujeres se han planteado la maternidad mediante la adopción, como idea inicial, y lo que nos han contado es que al intentar adoptar como pareja de mujeres lesbianas, han tenido dificultades por este motivo:

- *"Luego al principio lo que nos planteamos era adoptar, no tenerlos, la verdad es que no teníamos ninguna intención de tenerlos [...] el problema es que no podíamos, intentamos adoptar internacionalmente, pero la Comunidad de Madrid nos cerró las puertas inmediatamente, vamos, en la primera reunión a la que fuimos"* (ME.6).

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos dictaminó que un Estado que permite que personas solteras adopten un niño no puede tener en cuenta la orientación sexual de dicha persona de forma arbitraria a la hora de considerar su petición de adopción. En cuanto a la situación en otras partes del mundo, la mayoría de los estados de Estados Unidos permiten que gays y lesbianas adopten solos o en pareja. También permiten dichas adopciones Sudáfrica, Israel y la mayoría de provincias de Canadá y Australia.

Dificultades

Problemas administrativos y costes elevados

Una vez que se embarcan en el camino de la maternidad biológica, una vez que deciden tener hijos/as mediante técnicas de reproducción asistida, el viaje no es sencillo, está lleno de trabas e inconvenientes. En general, los problemas son los mismos que tiene cualquier mujer o pareja heterosexual (tiempo de espera largo, coste económico elevado, gestaciones que fracasan y terminan en abortos, etc), pero con algunos añadidos.

Como comentamos en la introducción, la ley de Reproducción Asistida permite a cualquier mujer que desee ser madre acceder al embarazo.¹²

12. LEY 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Artículo 6. Usuarios de las técnicas.

1. Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa. La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

Un primer inconveniente es que, a pesar de que la Ley de Reproducción Asistida no especifica nada acerca de las parejas homoparentales de mujeres, la cobertura sanitaria en el sistema público generalmente sólo da cabida a las parejas heterosexuales. Así nos lo comentaba una de las representantes del colectivo, que hablaba con la voz de otras mujeres que le habían contado la experiencia:

- *"Por ejemplo, en la Seguridad Social las posibilidades que tenemos de acceder a la reproducción asistida son lamentables. En la Comunidad de Madrid, eh, son lamentables: primero tienes que informar a tu médico de cabecera que tienes esa posibilidad; luego te tienen que derivar a un centro, al hospital (XXX) o al que tenga la capacidad para hacer eso. Te hacen todas las pruebas de ginecología, y cuando te han hecho todas las pruebas de ginecología, como tú tienes todas las capacidades para ser madre, te dicen que como estás capacitada para ser madre de una manera biológica, que te busques un hombre. Es muy fuerte cuando te llega gente que te cuenta que les han dicho eso: te dicen que como tú tienes todas las pruebas bien, tu útero está perfecto, que no tienes ningún problema para poder concebir. Y tú dices: "sí, que no tengo espermia", y entonces te puedes encontrar con gente que sí que accede y gente que no, y entre que voy y vengo, se pasa el tiempo; y entre que te ponen en la lista de espera, aunque en teoría no hay más criterio que el de la edad, ese criterio no es cierto. Entonces, las mujeres están tirando al sistema privado, a las clínicas de reproducción asistida para poder acceder a ello" (ME.3).*

La maternidad de las mujeres fuera del matrimonio y la maternidad lesbiana, aun no están bien vistas socialmente, o en muchos casos, estos deseos son ignorados. Y esto, aunque ha ido cambiando en los últimos años gracias a la legislación y las movilizaciones de los grupos LGTB, sigue aun siendo cierto.

Ante las dificultades que surgen en la sanidad pública, las mujeres deciden acudir a las clínicas privadas de reproducción asistida, también guiadas por el pensamiento social que comentaba una de las entrevistadas anteriormente, que implica que el dinero te abre puertas.

Pero el dinero también es un problema para muchas de ellas, con un nivel económico bajo, y se presenta como una opción destinada casi únicamente a un sector económicamente mejor asentado. El precio de un proceso de reproducción asistida es alto,

y no todas las mujeres pueden costárselo, con lo cual, no están viendo cumplido su deseo de maternidad, o lo retrasan hasta que consiguen el dinero, (y esto no deja de ser también un elemento en contra, puesto que a mayor edad, menores posibilidades de conseguir la gestación).

Lo reiteran los siguientes comentarios de dos mujeres, la primera activista y la segunda no:

- *"Entonces las mujeres están tirando al sistema privado, a las clínicas de reproducción asistida para poder acceder a ello. Y entonces, ahí encontramos otro problema: por la seguridad social tenemos todas las trabas del universo. Yo no tengo dinero, no tengo porqué tener 1300 euros para intentarlo ¿sabes? [...] Y ando ahorrando, porque voy a probar el sistema público, pero mientras, sigo ahorrando para el sistema privado, porque sé que no voy a llegar, es muy triste... pero voy a presentar la batalla de la sanidad pública, porque quiero que me den esos informes de que legalmente a mí ellos no me van a dejar tener un niño, porque que me busque un hombre" (ME.3).*
- *"El tener que pagar por tener un hijo, lo veo mal, me parece...no me parece bien. Yo creo que todo el mundo tiene derecho [...] Porque traer un hijo ya es suficiente responsabilidad económica como cualquier otra...y encima, el tratamiento y todo. Además es eso, que es un derecho que todos tenemos, ¿sabes?...que tengas que dar dinero, pues no..." (ME.2).*

Optan por los centros de reproducción asistida privados, y aquí, al igual que ocurría con la asistencia ginecológica, también los eligen basándose en referencias que les dan otras mujeres o desde las asociaciones LGTB: tratan de buscar centros que no tengan actitudes homófobas, donde no se sientan rechazadas, y que además, les ofrezcan un buen servicio científico-sanitario.

En este sentido, las mujeres buscan la empatía que señalaron anteriormente, cuando hablaban de las consultas de ginecología. El trato deshumanizado es una de las quejas más importantes de las mujeres lesbianas, de esto hablaba una de ellas, contando su experiencia durante uno de los controles ecográficos del embarazo:

- *"Y yo me imagino haciéndolo en el (hospital público de Madrid capital) y sería casi como los toros estos de raza, que llega ahí uno y le mete el puño a la vaca para que...pues una cosa así,*

yo me lo imagino así. Bueno, y cuando lo vi en (programa de TV pública), lo vi y es exactamente así: vi cómo hacían para inseminar las ovejas, que separaban en un lado las que ya habían quedado preñadas y en otro no. Entonces llegó uno con un ecógrafo, levantaba así la pierna a la oveja (hace gesto de levantar una pierna), hacía así y que estaba embarazada, pues le ponía un spray rosa en el lomo y la metía en un sitio. A la que no, la volvían a inseminar. Entonces cuando yo comenté como fue mi ecografía en el (hospital público de Madrid capital) me miré el culo por si tenía un punto rosa... Yo me había sentido así, me habían mirado y habían dicho "preñada", "siguiente", "preñada", "siguiente"..." (ME.5).

Sin embargo, de su experiencia el día que acudieron a realizarle la inseminación en el centro privado, habla de manera muy distinta:

- *"Para nosotras, el día que hicimos a (nombre de su bebé) estábamos las 2, mi mujer estaba con música, estaba cantando, nos dejaron solas durante 15 minutos, ahí tumbada yo. Y yo me imagino haciéndolo en el (hospital público de Madrid capital) y sería casi como los toros estos de raza, que llega ahí uno y le mete el puño a la vaca para que...pues una cosa así, yo me lo imagino así"* (ME.5).

Esta humanización y deshumanización de la asistencia ante un evento tan importante como es la gestación de un bebé es algo que resaltan todas las mujeres, contando sus experiencias positivas o negativas en los distintos centros privados de reproducción asistida:

- *"(Clínica privada de reproducción asistida) debe ser que... es que parece una planta, una planta de producción de bebés ¿sabes?? Es como: "vale, queréis un bebé, de acuerdo, ya está, esto es lo que tenéis que hacer, estos son los protocolos", y todo como muy profesional y muy aséptico y bastante frío. Pero bueno, muy claro todo. Y nada, nos explicaron lo que teníamos que hacer y los...eh...el...las pruebas que me tenía que hacer yo primero, las pruebas que se tenía que hacer mi mujer [...]"* (ME.5).

Los protocolos que siguen en las clínicas de reproducción asistida a la hora de elegir el donante de semen son similares o iguales a los que se utilizan con parejas heterosexuales: se buscan características de compatibilidad y si es posible,

similitudes con ambos miembros de la pareja: altura, color de pelo, de ojos, etc.

- *"Tuvieron en cuenta su pelo, sus ojos, aunque no estuviéramos casadas (pero eso es un tema legal)"* (ME.5).
- *"[...] lo bueno que tenía es que, por una parte, eran muy frías pero por otra parte, también eran absolutamente...o sea, no notabas ningún tipo de...de juicio, de juicio de valor o que pudieras decir, de ningún tipo de discriminación, o sea, de ningún tipo. Es que para ellas era lo mismo que fuéramos 2 mujeres o que fuéramos 1 mujer y 1 hombre. Todo, todo lo hacían igual, todos los protocolos. Hasta el punto de que mi mujer se tuvo que hacer unos análisis de sangre para unas pruebas que es que...iiies que daban igual!! Porque ni íbamos a utilizar sus óvulos, ni claramente me los podía haber pasado en una relación sexual. Y aun así, y la respuesta es que ellos pedían esas pruebas a la pareja y ya está. Y a la pareja también y ya, pues [...]"* (ME.6).

Pero en este sentido, las mujeres también reclaman mayor visibilización del colectivo homosexual como clientes/ pacientes de los centros de reproducción asistida, y especificidad en los protocolos y en los documentos burocráticos que se utilizan en las clínicas, puesto que ellas suponen un porcentaje nada despreciable de usuarias de estos servicios sanitarios:

- *"En general, de invisibilidad en general...o sea, eso ocurre en general en todas partes, en la clínica de reproducción asistida también. Eh...¿que era?? Los papeles que tienen para firmar, eh... están hechos como para... en el supuesto de que es un hombre y una mujer quienes están firmando ese papel, y yo se lo dije, que teniendo en cuenta que tenían clientas, no solamente nosotras, que tienen bastantes[...] eh, que deberían mirar esas cosas, porque es que es bastante sencillo de cambiar ¿sabes? Y que si han cambiado algo mucho más complicado como es el trato y la actitud, pues hombre ¡¡cambiar un papel!!"* (ME.6).

Vías alternativas para conseguir la gestación

Ante las dificultades que surgen para lograr un embarazo, algunas mujeres que no disponen de medios económicos, o que no tienen pareja estable o bien por otros condicionantes, optan por alternativas más heterodoxas.

La legislación actual permite que las mujeres lesbianas sean usuarias de la reproducción asistida en solitario o en pareja. Pero hasta hace muy pocos años, esto no era posible, y las mujeres decidían utilizar otras vías.

Coito con un amigo

Entre las mujeres entrevistadas, alguna había tenido un hijo anterior de una pareja heterosexual, bien porque se definía como mujer bisexual o porque, siendo lesbiana, las circunstancias del momento no le permitían expresarse y vivir libremente.

Sin embargo, entre las mujeres entrevistadas, hemos encontrado varios testimonios que contaban cómo amigas o conocidas, para poder llevar a cabo su deseo de maternidad, y dado que las posibilidades del momento (económicas o políticas) no les permitían hacerlo mediante la reproducción asistida, habían optado por el método biológico tradicional: el coito.

Este tipo de gestaciones se consiguen mediante una relación sexual aislada con un hombre o pactándolo previamente con un amigo o conocido, que en ocasiones también es homosexual. Así nos lo han contado las mujeres:

- *"Tengo conocidas [...] en plan, "busco amigo liberal" y hacerlo así, [...] y sus hijos tendrán 5 o 6 años ahora, el tiempo que llevo yo con mi pareja o algo más tendrán, un poco más. Y supongo que lo harían así porque, como hablamos de todo, es más económico, sabes quién es el padre, sabes que es alguien conocido, que hace las cosas bien, que no va a haber problemas, y supongo que por eso. [...] Son amigos gays que se ofrecen para eso, y mira, luego ni responsabilidades ni nada. Estos llevan los apellidos de su madre, los dos [...]" (ME.1).*
- *"Tengo una amiga que ahora tiene 52 años, tiene una hija de veintitantos, y la tuvo con un amigo gay. Y efectivamente, el padre tiene relación informal con la hija sabiendo ambos que son padre e hija; pero la hija sabe cuál fue el planteamiento de su madre, y lo aceptó. Y mi amiga se lo planteó a un amigo, sabiendo y dejando claro que era un deseo de ella, desde el principio y tuvo la grandísima suerte de no tener nunca ningún problema con él [...]" (ME.7).*

Pero no únicamente lo han narrado como historias de amigas y conocidas, sino también como un planteamiento que se habían hecho alguna vez. Concretamente esto nos contó una mujer, lesbiana, pero que había tenido alguna relación heterosexual en el pasado:

- *"Pues si lo pensé, quedarme embarazada de una relación corta, asegurarme el embarazo, que estaba embarazada y ya está, algo así, yo sola. Eso sería mío. A ver, yo no me puedo plantear siendo lesbiana una relación de pareja con un hombre, yo. La opción era tener una relación para asegurar un embarazo y luego ni decirle nada. Yo no se hasta qué punto e,s es...pero no, no, era algo mío que yo quería hacer. Pero ni inseminación, ni tratamientos, no, no, embarazo natural, puro y duro" (ME.7).*

Pero esta vía alternativa, también tiene costes: a nivel de pareja, a nivel psicológico y en ocasiones a nivel físico también.

- *"Ellas lo habían hablado y lo tenían muy asumido y muy estudiado todo, pero a la hora de la verdad... porque entre ellas sí que es verdad que había una que quería ser la que se quedara embarazada, y la otra sin embargo quería igual, que fuera su novia la que se quedara embarazada, no quería ser ella; pero sin embargo, el hecho de saber que se iba a acostar con un hombre, si las enfrió en... en plan de muchos enfados, aun sabiendo que era lo que querían. Pero sí, lo pasaban mal, sobretodo la otra chica, la que quería que fuera así, la que no se quedó embarazada. Pero sí, sí que tuvieron enfrentamientos" (ME.1).*

Inseminación casera

El método anterior, que ha sido utilizado durante años, es sin duda una opción muy difícil y dura para las mujeres y sus parejas. Quizá por este motivo y tomando como base las técnicas de reproducción asistida mediante inseminación artificial, se utiliza en ocasiones este sistema que nos describe una de las entrevistadas, activista en una asociación, como método alternativo usado en por algunas mujeres:

- *"[...] tengo un amigo que tiene esperma, y yo sé que mi pareja me lo puede hacer en la cama, ella y yo tranquilamente, podemos utilizar otro método, se ha utilizado toda la vida. Vale, voy a acceder a ese método, voy a utilizar el esperma dona-*

do por un amigo.[...] Digo un amigo o un familiar de mi pareja, para que tenga características genéticas que se parezcan a mi pareja, aunque sea yo quien vaya a parir.[...] A ver, tu amigo cuida de no mantener relaciones sexuales para tener un nivel determinado de espermatozoides, sabiendo que es una persona que tiene buenos espermatozoides y tal; tu hermano o quien sea ¿no?. Esa persona eyacula, esto se carga en una jeringuilla y entonces se mantiene todo el sistema como si fuera una relación sexual normal (hace gesto de comillas y dice "normal"), y entonces se mete la jeringuilla en el interior de la vagina, después de la estimulación, y se va muy poquito, muy poquito, muy poquito a poco soltando el esperma, que claro, hace lo que puede por subir, pero las posibilidades no son tan seguras como puede ser por un método de inseminación artificial, que se escoge el mejor mes, que[...]" (ME.3).

Aparece aquí de nuevo la importancia de la carga genética, de la semejanza con las madres, eligiendo, si es posible, a familiares como donantes para lograr el embarazo.

La experiencia de la otra madre

A pesar de la transformación de la familia, aun permanece el mito de la familia heterosexual, de estructura nuclear, como el ideal de cultura de familia. Este ideal constituye el modelo hegemónico familiar sobre el que se asientan los patrones de normalidad hasta convertirlos en normas sociales. Desde el parentesco lésbico-gay, se rechaza la naturalización de los lazos familiares, y se concibe el parentesco como algo socialmente negociado más que biológicamente establecido: el compromiso emocional y social está por encima de los lazos genéticos.

Aunque el propósito de este estudio no es en absoluto analizar la familia lésbica, nos parece importante hacer algún apunte acerca de lo que nos han contado las mujeres. Dada la diversidad de relaciones que se establecen entre las parejas, con vínculos legales y no legales (matrimonio, pareja de hecho, convivencia, noviazgo sin convivencia) y la existencia de hijos en común, o hijos de parejas anteriores, se ha definido la figura de (co)madre como aquella persona que sin tener necesariamente vínculos legales con los niños, mantienen lazos de afecto y comparten, en diferentes grados, la responsabilidad y el cuidado sobre esos niños desde un rol equiparable al de madre o padre. (83) De nuevo, vuelven a aparecer los estereotipos sociales y los roles de género.

Entre las mujeres que nos han contado sus experiencias encontramos madres legales (casadas, con derechos reconocidos sobre sus hijos/as en común), (co)madres casadas con hijos de matrimonios heterosexuales previos, (co)madres que conviven sin estar casada con su pareja, la cual tiene hijos previos. Las experiencias son tan diversas como las posibilidades de familias existentes, sean hetero u homosexuales.

Una de las mujeres, casada y siendo madres las dos componentes de la pareja, con hijos frutos de relaciones heterosexuales previas, nos contaba:

- *"[...] tenemos, yo tengo 2 hijos y ella tiene 1, fíjate que tenemos 3 entre las dos [...] los hemos criado nosotras; vamos, en estos últimos años, al principio yo he criado a mis hijos y mi pareja ha cridado a su hijo; y después, desde hace 8 años, los hemos criado juntas, ahora ya son mayorcitos, ¿no? Y hemos pasado por todas las fases: pequeñines, adolescencias... Hay momentos [...] cuando ellos tienen que contarle a sus amigos que sus madres son lesbianas [...] Y ese es el momento más difícil. Pero una vez que ellos superan eso, sus madres son lesbianas y punto. [...] es cuestión de paciencia y cariño, sobre todo cariño. Si él ve que su madre y la pareja de su madre son dos personas normales que le dan cariño, seguridad y que están ahí, como te quieren, pues eso se pasa" (MG.13).*

Otra de las mujeres, que convive con su pareja sin estar casada, y que participa en la crianza de la hija de su pareja comentaba:

- *"Será porque ya es como si tuviéramos una, que no es mía pero como si lo fuera. [...] Tiene 7 años. En teoría pues la he criado yo, así que tampoco es una cosa... [...] Supongo que es igual como el que adopta: por mucho que llegues a quererlo, pues igual que yo quiero a la hija de mi novia, pero sabes que no es tuya. Siempre está eso que sabes que no es tuyo. Que ella tiene su madre y es así, digo yo, no sé. No sé si será normal lo que pienso pero yo lo veo así" (ME.1).*

Otra de las madres, contándonos la experiencia que vivió durante el embarazo de su mujer, mientras esperaban el nacimiento de su hija, hacía un símil con la experiencia de la paternidad de los hombres, con los estereotipos sociales, y decía:

- “[...] me sentí como un hombre algunas veces. Porque... bien, porque, por primera vez en mi vida, tuve el sentimiento de ser apartada, que era sólo experiencia de mi pareja. Tú sabes, físicamente, psicológicamente, mentalmente y emocionalmente era la experiencia de mi pareja, la del embarazo. No era mi experiencia el embarazo, y me sentí muy protectora, en general lo soy con mis amigos, con mi familia, pero esto era algo más físico. Me decía a mí misma: “nadie puede hacerla daño”. Todo lo que ella quería, se lo daba, me aseguraba que la casa estuviera muy limpia, si tenía algún antojo, etc...” (ME.10).

E insistía en la parte biológica de la maternidad, en lo referente al embarazo como vínculo visceral con el hijo:

- “Creo que mi mujer ha tenido una experiencia diferente; yo como compañera, que no he estado embarazada, creo que he tenido una experiencia diferente, porque no he dado a luz” (ME.10).

En este sentido, las madres no biológicas se han planteado la posibilidad de compartir la lactancia, la “re-lactancia” como posibilidad de alimentación y crianza del bebé. La lactancia natural es el mejor método de alimentación infantil, recomendado por la OMS como forma de alimentación exclusiva hasta los seis meses, y apoyado por numerosas asociaciones de pediatras y matronas en todo el mundo. Así mismo, se ha demostrado que favorece el vínculo materno-filial y tiene otras muchas ventajas psico-afectivas. Se ha utilizado durante siglos en todas las culturas, en las que aparecía no únicamente la madre biológica como madre lactante, sino otras figuras que eran fundamentales para el cuidado y alimentación de los bebés como eran las amas de cría.

Por estos motivos, una de las mujeres entrevistadas deseaba compartir la lactancia con su pareja, la madre biológica, y había estado preparándose el pecho para ese momento, pero vivió una experiencia negativa que impidió ese proceso. Así nos lo contaban:

- “Pensé en dar el pecho. Pensé que podría ser una buena manera de humanizarlo, que podría ser interesante, pero no lo hice finalmente porque no quería hacer de menos a mi mujer. Pero sí, fue una idea inicial” (ME.10).

- “Mi mujer estaba intentando relactar, para darle el pecho. Entonces, se supone, que cada 2-3 horas tenía que ponerse la niña para tener la succionada de la leche. Entonces nos dijeron que o dejábamos de jugar con la niña o avisaban al Defensor del Menor. Pero por lo demás, la actitud fue superseca, superdesagradable [...]” (ME.5).

Problemas burocráticos posteriores

Una vez que se materializa el deseo de maternidad, que llega el deseado bebé, no terminan en absoluto las dificultades. Las mujeres entrevistadas han hecho especial hincapié en los problemas burocráticos que surgen para poder inscribir al hijo/a en el Registro Civil como hijo de ambas, con apellidos de las dos.

En primer lugar, para poder inscribir un hijo en común como pareja de mujeres, y que esto se reconozca así, es requisito necesario el estar casadas. De otro modo, constaría en el Registro Civil como hijo de mujer soltera. Así nos lo comenta una de las mujeres:

- “[...] para que ese niño esté inscrito en el Registro Civil se tienen que cumplir X condiciones. Primera condición: estar casada. Condiciones que se tienen que cumplir para el registro: estar casada. Esto ya a mí me mata, porque que yo sepa, a las parejas heterosexuales, no les piden estar casados para registrar a un niño” (ME.3).

Además, es necesario que realicen una declaración previa en el Registro que certifique que ambas van a ser las madres de la criatura, algo que no ocurre con las parejas heterosexuales:

- “La ley dice que mi mujer tiene que ir a firmar que es madre de (nombre del bebé) antes de que yo para” (ME.5).
- “Este documento de filiación previa es que la madre no biológica, tú imagínate que tú y yo somos pareja, y yo voy a tener el niño. Tú tienes que ir antes de que nazca el niño al Registro Civil, y le tienes que decir al del Registro Civil que cuando nazca nuestro niño, que va a nacer más o menos por el mes de enero, [...] pues quieres que esté registrado con tus apellidos. Entonces él te hace un documento y cuando el niño nace, nos tenemos que presentar las dos en el registro civil...” (ME.3).

- “[...] también cuando nos casamos en el Registro Civil, en el libro del Registro civil tuvieron que apuntar a mano: “doña, doña”, porque ponía: “Don, doña” ¿sabes lo que te digo?? Que ya les vale” (ME.6).

En este sentido, también reclaman la existencia de protocolos y documentos específicos para las madres lesbianas:

- “no hay un formulario, igual que sí que hay formularios en los que especifican si estás casada con un hombre, con una....eh... si eres pareja de hecho, o el motivo que sea, pues no especifican si estás casada con una mujer o si mantienes una pareja de hecho que sea una mujer” (ME.3).

Los colectivos LGTB tratan de buscar soluciones a estos problemas, y luchan a diario por la igualdad efectiva de derechos, y prestan ayuda a las parejas de mujeres lesbianas que acuden en busca de apoyo jurídico cuando deciden ser madres. En este sentido, la FELGTB, en su página web, facilita una “Guía de buenas prácticas para la Filiación Automática de Bebés con Dos Madres”, que orienta a las parejas de mujeres a la hora de registrar a sus hijo en el Registro Civil (**Anexo 2**).

Menopausia

Hemos tratado de contemplar todas las etapas biológicas de la mujer en este estudio, y por tanto, veíamos la necesidad de contemplar la menopausia como una etapa más, en la que se dan una serie de cambios fisiológicos naturales, y que es considerada etapa final del ciclo reproductor. Sin embargo, dado que no pretendemos ser puramente biologicistas y también porque las mujeres, por sus edades y situaciones vitales, se han centrado más en otros aspectos, en las entrevistas hemos pasado de forma muy superficial por esta etapa, y este tema no parece que les haya interesado tanto (insistimos de nuevo en que podría ser un sesgo debido a la edad de las mujeres captadas).

En nuestra sociedad, donde a las mujeres se las define principalmente por su función reproductora, la menopausia tiene un fuerte carácter negativo hacia la mujer, cosa que no ocurre con otras etapas del ciclo vital como puede ser la adolescencia, que desde esta valoración sería el inicio del ciclo reproductor. En este sentido, desde la sociedad hay

cierta actitud negativa y hostil hacia la menopausia (hasta llegar a considerar el calificativo “menopáusica” como un insulto), y hacia las mujeres que dejan de reproducirse.

Las mujeres lesbianas y bisexuales entrevistadas han hablado de las mismas molestias físicas que hablan las mujeres heterosexuales: sangrados irregulares, descalcificación ósea, sofocos, sequedad vaginal, aumento de peso, etc.

- “[...]¿cómo es la palabra cuando tienes reglas muy abundantes? pues eso me pasaba, y me pusieron los parches para estabilizar un poco [...] Y luego, cuando empecé a saber que eso tiene contraindicaciones, no sé qué, me los quitaron...y después, no tengo ninguna historia psicológica con la menopausia, no, nada, y sofocos muy poquitos. Y perdí la regla y pensé: “uy, ¡que a gusto!”; pero por otro lado viene la osteoporosis, la descalcificación de huesos... pero no he tenido cambios hormonales de otras cosas... Pero no tiene nada que ver la menopausia con ser lesbiana” (ME.14).

Apenas han hecho comentarios en relación a la labilidad emocional, la irritabilidad, y otros cambios que en ocasiones se achacan a la variación hormonal. En este sentido, tampoco han manifestado sensación de envejecimiento o de incapacidad como mujer, como les ocurre a algunas mujeres heterosexuales influidas por las creencias socio-culturales, que dicen sentirse mayores.

Quizá por esta no obligación de maternidad, han hecho más referencias a aspectos que tienen que ver con su vida sexual que con la reproductiva, así nos lo comentan ME.10 de 45 años y MG.8 de 42 años:

- “La menopausia me preocupa un poquito. Me preocupa cómo me pueda afectar sexualmente, físicamente, especialmente si voy a tener que tomar medicación. Pero supongo que si no me encuentro bien, encontraré la solución” (ME.10).
- “[...] pero sí le podrías decir: “mira, pues estoy pre-menopáusica, tengo problemas de relación sexual, pues bueno, no tengo ganas, yo que sé, lo que sea; o tengo resequeza vaginal, lo que sea...[...] Yo creo que siendo lesbiana, yo desde luego nunca me sentiría con la confianza suficiente para hablar de determinados temas” (MG.8).

Y una vez más, vuelve a aparecer la dificultad de la invisibilidad y la estigmatización de las lesbianas en relación al tema de los cambios físicos que puede producir la menopausia. Dado que a lo largo de la historia, las relaciones sexuales se han reservado para dos fines: la reproducción y el placer masculino, una vez más aquí el lesbianismo de las mujeres de más edad rompe con estos dos fines, puesto que ni tienen función reproductora ni les importa dejar de ser apetecibles sexualmente para los hombres (84). Y en este sentido, sería interesante profundizar más en el significado y la repercusión que tiene la menopausia para estas mujeres.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Las mujeres lesbianas sienten que tienen menor necesidad de realizarse controles ginecológicos puesto que consideran que no tienen riesgo de embarazo en sus relaciones, y que sus prácticas son de bajo riesgo de contagio de infecciones. Esto determina que la asistencia sea más tardía y las visitas se espacien más en el tiempo. Además, en general, expresan desagrado, dolor y rechazo a las exploraciones ginecológicas y las pruebas de detección precoz de cáncer, lo cual también influye en que dejen de realizarse screenings o no los realicen con la periodicidad que se recomienda. Algunas asociaciones de lesbianas elaboran folletos para que las mujeres tomen mayor conciencia de la necesidad de acudir a revisiones ginecológicas, y es necesario seguir insistiendo en ello. En este sentido, sería recomendable que también se realizaran campañas desde las administraciones sanitarias, con el fin de llegar al mayor número posible de mujeres.
- Las mujeres lesbianas y bisexuales prefieren ser atendidas por otras mujeres (ginecólogas, médicas, etc), como forma de aliviar la sensación de agresión y rechazo que les producen las exploraciones y los controles. Adjudican a las figuras sanitarias femeninas atributos de género tales como mayor empatía, dulzura, sensibilidad, etc. Esta falta de empatía podría reducirse si los profesionales se hicieran conscientes de los miedos que determinadas pruebas causan, tratando de fomentar el bienestar de las mujeres, si recibirían mejor formación en cuanto a humanización de la asistencia sanitaria y formación en género, tuvieran oportunidad de dedicar más tiempo a sus pacientes, y facilitarían la toma de decisiones y la autonomía del paciente.
- La invisibilidad de las mujeres lesbianas influye en que los profesionales no reciban suficiente formación en cuanto a sus necesidades, sus prácticas y sus riesgos. Los contenidos formativos de las profesiones sanitarias contemplan la sexualidad desde el punto de vista heterosexual y con vías a la reproducción. Sería interesante fomentar la investigación en otra línea para conocer mejor los riesgos y necesidades del colectivo, incluir contenidos de género en los programas formativos y que los contenidos de sexualidad incluyeran otro tipo de prácticas diferentes al coito vaginal.
- Así mismo, el miedo a reacciones homófobas hace que las lesbianas no se hagan visibles ante los profesionales que las atienden, lo cual tampoco facilita la atención específica a sus necesidades. Sería beneficioso que las mujeres revelaran su orientación a los profesionales que atienden su salud, para que estos pudieran informarles acorde a sus riesgos. Del mismo modo, los protocolos sanitarios habituales son muy rígidos, y sería recomendable que los profesionales, en la entrevista con la paciente, trataran de crear una relación de confianza profesional que permitiera profundizar más en sus prácticas sexuales, con el fin de poder ofrecer la atención que necesitan.
- Las mujeres lesbianas y bisexuales tienen cierta sensación de invulnerabilidad debido a que sus relaciones no implican coito vaginal, aunque sus prácticas sexuales son tan amplias como las del resto de la población homosexual o heterosexual, pero sin embargo la percepción del riesgo es menor. Muestran falta de conocimientos en cuanto a las formas de transmisión de ITS, y los métodos de prevención de las mismas. Las asociaciones LGTB elaboran folletos, trípticos, etc con el fin de concienciar a las mujeres de que practiquen sexo de forma segura, y es necesario que sigan trabajando en ello para conseguir llegar a toda la población de mujeres lesbianas y bisexuales.
- Existen mecanismos de barrera (dediles, cuadranes, etc) que reducen el riesgo de contagio de ITS, pero no son ni suficientemente conocidos por las mujeres lesbianas ni su uso es bien aceptado, ya que refieren que disminuye la espontaneidad, la intimidad y que además se comercializan escasamente y su precio es elevado. Sería aconsejable que las administraciones y los gobiernos llevaran a cabo campañas de sensibilización y concienciación sobre el uso

de estas barreras, y que además, se ampliara la venta, se abaratase el precio o se distribuyesen de forma gratuita, como ocurre con los preservativos masculinos.

- Las mujeres lesbianas tienen conceptos de maternidad similares a los de las mujeres heterosexuales. Los hijos/as aparecen como un deseo de realización personal o de compromiso de la pareja.
- A pesar de la legislación vigente actual, existen numerosos problemas que dificultan el acceso a la maternidad biológica y adoptiva de las mujeres lesbianas. El acceso a la maternidad biológica a través del sistema sanitario público es casi imposible, por lo que estas mujeres optan por la sanidad privada; pero esta vía tampoco está exenta de problemas, especialmente burocráticos. Cuando mediante estas opciones no es factible conseguir un embarazo, se plantean otras vías alternativas, que en ocasiones pueden poner en peligro su salud física y mental, la de su pareja y sus relaciones socio-familiares. Para reducir estos problemas, creemos que sería interesante que las administraciones públicas y los gobiernos tuvieran en cuenta a las mujeres lesbianas y a las mujeres sin pareja dentro de los presupuestos y de las carteras sanitarias del sistema público. Así mismo, sería deseable que los organismos sanitarios privados facilitaran el acceso, abaratando precios y agilizando los procedimientos. Además, es necesario que se realicen cambios administrativos en los protocolos y en el lenguaje que se utiliza en los documentos utilizados durante todo el proceso, y posteriormente, cuando se realiza la inscripción civil del bebé.
- Cada vez son más frecuentes las parejas de mujeres que se encaminan hacia la maternidad, y que necesitan atención durante la gestación, el parto y el posparto, pero, como en otros ámbitos de la atención sanitaria, no siempre se hacen visibles a los profesionales ni expresan sus necesidades. Sería recomendable que se fomentara la investigación en cuanto a las necesidades de las parejas de madres lesbianas, tanto la gestante como la que realiza el acompañamiento durante todo el embarazo, y que los sanitarios recibirán formación en materia de diversidad familiar, para poder ofrecer una atención de calidad.
- Las asociaciones LGTB luchan en general por la defensa de los derechos de las mujeres lesbianas y bisexuales, y poseen gran conocimiento sobre las prácticas, las necesidades, las dificultades

y los problemas que se encuentran las mujeres lesbianas en cuanto a su salud ginecológica, sexual y reproductiva. Es necesario que este tipo de información salga de los lugares de socialización, (colectivos, zonas de ocio) y se extienda a la población general y especialmente a los profesionales sanitarios para que estas mujeres dejen de estar invisibilizadas y marginadas dentro de la atención a la salud.

- Por último, consideramos que es necesario seguir investigando sobre la salud ginecológica, sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas, para conocer mejor sus riesgos, necesidades y problemas, en comparación con los de mujeres heterosexuales, y así poder llevar a cabo acciones de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Final Report. Ginebra: OMS; 2008 [acceso 20 de abril de 2009]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
2. Sonis A. Equidad y salud. Arch argent pediatr. 2001; 99(3):253-256.
3. Ferrer Lues M. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. Acta bioeth. [revista en línea]. 2003 [citado 2009 Jun 24]; 9(1): 113-126. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569-X2003000100011&lng=es
4. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.[diccionario en red] 22ª ed. 2005. Androcentrismo. [acceso 20 abril 2009] Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=androcentrismo
5. Martín Casares A. Antropología del Género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales. Madrid: Cátedra; 2006. p.20-21.
6. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29(supl.3):7-17.
7. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva, La Plata, 1(1): 9-32, Enero-Abril, 2005.

8. Sánchez González M.A. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona: Massón; 1998. p. 428-448.
9. Bellver Capella V. Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España. Cuad. Bioet.[revista en línea] XVII, 2006/1ª. [citado 20 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/01-BIOETICA-59.pdf>
10. Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier,D. Diccionario crítico del feminismo. Madrid: Síntesis; 2002. p. 158-166.
11. Varela N. Feminismo para principiantes. Barcelona: Ediciones B; 2005. p.133-142.
12. Jagoe C, Blanco A, Enríquez de Salamanca C. La mujer en los discursos de género: textos y contextos en el siglo XIX. Barcelona: Icaria Editorial; 1998. p.500-504.
13. Alborch C. Solas. Gozos y sombras de una manera de vivir. Madrid: Temas de hoy; 2006. p.39-65.
14. Platero R. Lesbianismo y Salud. Revisión breve del estado de la cuestión.[monografía en Internet] En: Psicopatologías de la mujer del siglo XXI. IMEFE; 2002 Abril-mayo.[acceso 15 Marz 2009]. Disponible en: <http://www.esnips.com/doc/c722d066-7291-4007-b577-40731790297e/Platero,-Raquel---Lesbianismo-y-salud>
15. Foucault M. Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber. 25º ed. Madrid: Siglo Veintiuno de España editores; 1998.
16. Pichardo JI, Molinuevo B, Rodríguez PO, Martín N, Romero M. Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria). FELGTB; 2007.[acceso 15 Feb 2010] Disponible en: <http://www.felgtb.org/tags/homofobia>
17. Garchitorea González M. Informe Jóvenes LGTB. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y FELGTB. Madrid; 2009. [acceso 15 Dic 2009]. Disponible en: <http://www.cogam.es/resourceserver/3033/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/5ff/rklang/es-ES/filename/cogam-informe-2009-de-jovenes-lgtb.pdf>
18. Hernández CG. La realidad lésbica en el estado español: retos de futuro. Actas de las III Jornadas de Políticas Lésbicas de la FELGTB; 2007 Dic 6-8; San Sebastián. FELGTB; 2007. Disponible en: <http://www.felgtb.org/resourceserver/1046/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/bed/rklang/es-ES/filename/ponencia-carmen-g.pdf>
19. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de Naciones Unidas. (1948).
20. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Doc. N.U. A/CONF.171/13/Rev.1, El Cairo, Egipto, 5-13 Sept 1994. (1995). [acceso Feb 2009]. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf
21. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Doc. N.U. A/CONF.177/20 (1995), Beijing, China, 4-15 Sept, 1995.[acceso Feb 2009]. Disponible en: <http://www.un.org/documents/ga/conf177/acnf177-20sp.htm>
22. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Doc. N.U. CEDAW/C/ZAF/1, Sudáfrica, 25 Feb 1998.[acceso Feb 2009]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw19/ssa.pdf>
23. Esteban ML. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud Colectiva, Buenos Aires, 2(1):9-20, Enero-Abril, 2006.
24. Stolcke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. EstudiosFeministas, Florianópolis,[revista en línea] maio-agosto/2004 [citado 20 jun 2009] 12(2): 264. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23961.pdf>
25. Viñuales O. Lesbofobia. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2002.
26. Homosexuality: Proposed Change in DSM-11, 6th Printing. APA Document Reference No. 730008. [citado 21 Feb 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/DSM-II_Homosexuality_Revision.pdf
27. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems WHO.[acceso Feb 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
28. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1998.

29. Link BG; Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet*, 2006; 397: 528-529.
30. Ser y reconocerse lesbiana: protegiendo la salud como un derecho. *Revista Mujer y Salud*. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe RSMAC [revista en internet] .2/2007 [citado 15 Marz 2009]. Disponible en: <http://www.red-desalud.org/administrador/files/arc/revistain/12620785944ae8b85893dfd.pdf>
31. Programas Formativos de Especialistas. MSPS [página web en internet]. Madrid: Ministerio De Sanidad y Política Social [acceso 30 Sept 2009, citado 15 Oct 2009]. Disponibles en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaObstetricoGineMatronas.pdf>; <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/obstetricoGinecologico.pdf>; y <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/medi-Familiar07.pdf>
32. McNair R. Outing lesbian health in medical education. *Women Health*. 2003; 37(4):89-103.
33. Hite S. El informe Hite. Estudio sobre la sexualidad femenina. 1976.
34. Col-lectiu Lambda. Guía lésbica/sexo más seguro para mujeres que tienen sexo con mujeres. Valencia: Col-lectiu Lambda; 2009. Disponible en: <http://www.felgtb.org/files/docs/80757a3e4fe6.pdf>
35. Harding K. El Kama Sutra lesbiano. México: Ediciones B; 2006.
36. Crooks R, Baur K. Nuestra sexualidad. 7ªed. México: Thomson Paraninfo, SA; 2000.
37. McNair R. Lesbianism and bisexual women's sexuality. In: Russell D, Bradford D, Fairley C, editors. *Sexual Health Medicine*. Melbourne: IP Communications; 2005.
38. Ley 11/2001, de 19 de diciembre (BOE 5 marzo 2002), de Uniones de Hecho de la Comunidad de Madrid. [acceso Feb 2009, citado Marz 2009]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/03/05/pdfs/A08844-08846.pdf>
39. Ley 13/2005, de 1 de julio, (BOE 2 julio 2005) por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. [acceso Feb 2009, citado Marz 2009] Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/07/02/pdfs/A23632-23634.pdf>
40. Mujika Flores I. Visibilidad y participación social de las mujeres lesbianas en Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Ed. Ararteko; 2007.
41. Lelleri R, Pietrantonio L, Graglia M, Palestini L, Chiari C. ModiDi. Sesso e salute di lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia. Sintesi dei principali risultati sociosanitari. Bologna: Arcigay; Diciembre 2005. En colaboración con: Istituto Superiore di Sanità (Vº Programma nazionale di ricerca sull'AIDS - Aspetti psicosociali). Disponible en: www.modidi.net
42. Lionco T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude soc.* [online]. 2008, vol.17, n.2 [citado 7 Abr 2009], pp. 11-21. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003-&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12902008000200003.
43. Fachini R, Barbosa RM. Saúde das Mulheres Lésbicas. Promoção da Equidade e da Integralidade. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos _ Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte: Ed. Sigla Comunicação; 2006. Disponible en: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAAs/Dossi%EA%20Sa%FAde%20das%20Mulheres%20L%E9sbicas.pdf>
44. ILGA. La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes. Bruselas: ILGA; 2006. Versión en español financiada por Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación y Agencia Española de Cooperación Internacional, 2007. Disponible en: <http://www.felgt.org/resourceserver/967/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/fe0/rklang/es-ES/filename/la-salud-de-las-lesbianas-y-mujeres-bisexuales.pdf>
45. Hernández Miñano A, Hernández Ojeda C.G, Clisvert Tarazona MJ. Identidad Sexual y Hábitos de Salud. Col-lectiu Lambda. Valencia, 2003. Disponible en: <http://www.felgt.org/resourceserver/1414/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/5b0/rklang/es-ES/filename/estudio-lambda-salud-lesbianas-2003.pdf>
46. Dibble L; Roberts SA, Nussey B. Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters. *Women's Health Issues*. 2004 Mar-Apr;14(2):60-68.

47. Khan S, De Witt R. Lesbians & Breast Cancer: the latest research. August, 2004. Disponible en: <http://www.safeguards.org>
48. Grindel C.G, McGehee LA, Patsdaughter CA, Roberts SJ. Cancer prevention and screening behaviours in lesbians. *Women Health*. 2006; 44(2): 15-39.
49. Bowen DJ, Powers D, Greenlee H. Effects of breast cancer risk counselling for sexual minority women. *Health Care Women Int*. 2006 Jan;27(1):59-74
50. Matthews AK, Peterman AH, Delaney P, Menard L, Brandenburg D. A qualitative exploration of the experiences of lesbian and heterosexual patients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2002 Nov-Dec; 29(10):1455-62.
51. Bailey, J.V; Kavanagh, J; Owen, C; McLean, K.A; Skinner, C.J. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract*. 2000 Jun; 50(455):481-482.
52. Henderson H. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2009 Jan; 35(1):49-52.
53. Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL. Correlates of underutilization of gynaecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Prev Med*. 2004 Jan; 38(1):105-113.
54. Fish J; Anthony D. UK national lesbians and health care survey. *Womens Health*.2005; 41(3):27-45.
55. Fish J. UK national lesbians and health care survey: a summary of findings. *De Montfort University. The Gateway*.Leicester.2007.
56. Cortés J.(Coord). VPH y prevención del cáncer de cuello de útero. Madrid: EDIMSA; 2008.
57. Roberts M. HIV/AIDS in the lesbian community. [Tesis]. The Ohio State University; June 2007.
58. Stevens PE, Hall JM. Sexuality and safer sex: the issues for lesbians and bisexual women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001 Jul-Aug; 30(4):439-47.
59. Marrazzo J.M. Barriers to infectious disease care among lesbians. *Emerg Infect Dis*. 2004 Nov;10(11):1974-8.
60. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005 Mar; 37(1):6-12.
61. McNair R. Risks and prevention of sexually transmissible infections among women who have sex with women. *Sex Health*. 2005; 2(4):209-17.
62. Hutchinson MK, Thompson AC, Cederbaum JA. Multisystem factors contributing to disparities in preventive health care among lesbian women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 May-Jun; 35(3):393-402.
63. Boehmer U, Case P. Physicians don't asks, sometimes patients tell: disclosure of sexual orientation among women with breast carcinoma. *Cancer*. 2004 Oct 15; 101(8):1882-9.
64. Mravcak SA. Primary care for lesbians and bisexual women. *Am Fam Physician [revista en internet]*. 2006 Jul [citado May 2009] 15; 74(2):279-86. Disponible en: <http://www.aafp.org/aafp/20060715/279.html>
65. Carroll NM. Optimal gynaecologic and obstetric care for lesbians. *Obstet Gynecol*. 1999 Apr; 93(4):611-3.
66. Steele LS, Tinmouth JM, Lu A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Fam Pract*. 2006 Dec; 23(6):631-6. Epub 2006 Jun 23.
67. Polek CA, Hardie TL, Crowley EM. Lesbians' disclosure of sexual orientation and satisfaction with care. *J Transcult Nurs*. 2008 Jul; 19(3): 243-9
68. FELGTB. ¿Eres tú, verdad? Ve al ginecólogo, acude a tu otra cita. [poster y folleto] 2008. Disponible en: <http://www.felgt.org/resourceserver/1424/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/fe8/rglang/es-ES/filename/folleto-lesbianas-y-bisexuales.pdf>
69. FELGTB. Ginecólog@: conócenos, inclúyenos. [tríptico] 2008. Disponible en: <http://www.felgt.org/resourceserver/1423/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/8f6/rglang/es-ES/filename/campana-ginecologia.pdf>

70. ILGA. Para todas las mujeres que aman a mujeres, ¿Las mujeres que aman a mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama o cáncer cervical? FELGTB; 2006. Disponible en: <http://www.ilga.org/news-upload/BreastBrochureESFinal.pdf>
71. Entre hombres, entre mujeres, hablando de sexo seguro. Una publicación dirigida a gays, lesbianas y bisexuales. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria, Cogam y Fundación Triángulo. 2007.
72. Martín-Crespo Blanco MC, Salamanca Castro AB. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación [revista en internet], nº 27, Marzo-Abril 07 [citado Marz 2010]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICH-EROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf
73. Martín Romero L, Ródenas Pérez M, Villaamil Pérez F. Necesidades de la población transexual y homosexual en el municipio de Madrid. Estudio sociológico y jurídico. Madrid: Transexualia; 2009.
74. Monistrol Ruano, O. El trabajo de campo en investigación cualitativa (II). Nure Investigación [revista en internet], nº 29, Julio-Agosto 07 [citado Marz 2010]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/pdf_formetod_29225200792820.pdf
75. Generelo J, Pichardo JI, Galofré G. (Ed y Coord). Adolescencia y sexualidades minoritarias: voces desde la exclusión. Comisión de Educación (COGAM), Departamento de Antropología social y Pensamiento Filosófico Español (UAM) y Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB). Madrid: COGAM; 2006.
76. Albarran E. Orientación Sexual. Reflexión en el Comité Regional Europeo de IPPF. Diálogos. Nº 72 (52). Septiembre 2007.
77. Colectivo del libro de Salud de las Mujeres de Boston. Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Barcelona: Icaria; 1984.
78. Ortiz-Hernández L. Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la ciudad de México. Salud Mental, Vol. 28, No. 4, agosto 2005.
79. Entre mujeres, entre hombres, hablando de sexo seguro. Una publicación dirigida a gays lesbianas y bisexuales. Cogam, Fundación Triángulo y Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. 2007.
80. Guía de Salud para mujeres lesbianas y bisexuales. Tríbada, Xega Xoven, FELGTB, Instituto Asturiano de la Juventud y Consejería de Bienestar Social del Gobierno del Principado de Asturias. 2008.
81. Orientación Sexual e Identidad de Género y Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Guía para profesionales nº 4. Comisión Internacional de Juristas. Ginebra; 2009.
82. Monzón, I. Lesbianas en familia. Segundas Jornadas de Homosexualidad y familia y Primer Encuentro de Psicología y Homosexualidad. Ciudad de Córdoba, 1999.
83. Herdt G, Koff B. Gestión familiar de la homosexualidad. Barcelona: Editorial Bellaterra; 2002.
84. Lozano I. Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Propuesta metodológica para grupos y promotoras. México DF: CIDHAL, 1192. Reedición Madrid: Forum de Política Feminista; 1994.

ANEXO 1

PRÁCTICAS DE RIESGO

CUNNILINGUS. Sexo oral.
Consiste en chupar, lamer, comer... el sexo de tu compañera, amante, novia, mujer o de quien tengas cerca.

BESO NEGRO. Sexo buco-anal.

PENETRACIÓN.
Vaginal o anal, con dedos, puños, juguetes y lo que se os ocurra.

TRIBADISMO.
Frotar tu sexo con el de tu compañera o con cualquier otra parte de su cuerpo.

PRÁCTICAS S/M.
Sadomasoquismo.



Aunque nuestras prácticas no tienen un riesgo elevado, sí puede haber posibilidad de contagio.

ITS

VII. Es el virus que provoca la enfermedad que como como como SIDA y que afecta al sistema inmunológico.

CAMBIODIASIS. Causado por un hongo. Su único contagio es por vía sexual, puede transmitirse a través de fluidos y agua.

SÍFILIS: gran plero y faja vaginal granulosa.

CONDILOMA. Verrugas genitales. Se transmite por sexo anal o vaginal y de las manos a los genitales.

GONORRREA. Bacteria que se transmite a través de sexo anal, vaginal o oral.

SÍFIS. Infección que no sólo afecta a los genitales, sino a todos los órganos. Pueden aparecer manchas en la piel o bichos de colores genitales.



CHLAMYDIA. Es transmitida por contacto con mucosas de la vagina, boca, ojos, uretra o recto.

HEPATITIS. Promueve la inflamación del hígado.

Hepatitis A - se transmite por contacto sexual oral-anal

Hepatitis B - el virus que la provoca, se encuentra en sangre, semen y secreciones vaginales. Puede llegar a ser crónica.

Hepatitis C - la transmisión por vía sexual es rara pero posible, siendo la vía más común de transmisión la sangre. Mayor tendencia a cronicarse. No hay vacuna contra ella.

HERPES. Infección de la piel producida por un virus, hay dos tipos:
Tipo 1: afecta a la boca
Tipo 2: afecta a los genitales
Nunca llega a desaparecer.

LADILLAS. Parásitos que viven en el pelo de la pelvis. Las pincheras producen molestias por picos. Se contagia a través del contacto físico y compartiendo ropa.

En general todas estas enfermedades se manifiestan por algún tipo de alteración de en la zona genital: secreciones, picor, frotamiento, gases de orinar y escocer, dolor en las relaciones sexuales... Si tienes alguno de estos síntomas acude a tu médico.

PRÁCTICAS SEGURAS

Échale Imaginación!!!!!!!

No todo el placer sexual es la penetración, el clítoris también existe ¡¡¡Úsalo!!!

Puedes practicar la masturbación mutua

Chupar, lamer, morder... todo el cuerpo

Besarse

Acariciarse

El roce hace el cariño



MÉTODOS DE PREVENCIÓN

Algunos ejemplos para prevenir enfermedades venéreas.

BARRERAS DE LÁTEX
Cuadrantes.
Para sexo oral, sexo anal, tribadismo...
También puedes usar un condón cortado o plástico adherente (papel film) para estas prácticas.



GUANTES Y DEDILES
Para la penetración anal y vaginal.
Para tus juguetes sexuales no te olvides del condón.
Recuerda son personales e intransferible. No se los dejes a tus amigas.

Puedes acudir a tu Centro de Salud o las Unidades de ITS. Para acudir a estas Unidades no necesitas volante de tu médico de cabecera. Tu consulta será anónima y confidencial.

Unidad de ITS Ambulatorio de Pumarín
Calle Orán, 18
33211 Gijón
Teléfono 985 389 288
Consulta por la tarde

Unidad de ITS Hospital Monte Naranco
Avda. Dra. Fdez. Vega, 9
33012 Oviedo
Teléfono 985 106 900
Consulta por la tarde

Cómo contactar con TribadAS
Teléfonos 985 373 321 y 985 224 029
tribadas@xega.org
www.tribadas.xega.org



Todas las ilustraciones de Iván García - www.IG-STUDIO.com

NOS GUSTA EL SEXO SEGURO



SEGURO



Fuente: Nos gusta el sexo seguro. Tribadas, Xega, FELGT y Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en: www.tribadas.xega.org

ANEXO 2



GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA FILIACIÓN AUTOMÁTICA DE BEBÉS CON DOS MADRES

En esta guía damos orientaciones y normas para proceder a la inscripción registral de l@s recién naci@d@s en el matrimonio de dos mujeres

Ante los problemas e indefensiones que la Federación ha detectado al momento de la inscripción de los nacimientos en el seno de parejas de mujeres casadas, dado que en algunos Registros Civiles no se ha interpretado adecuadamente el precepto que posibilita estas inscripciones de nacimiento, la FELGTB edita esta Guía para que sirva de ayuda y orientación a las interesadas.

Las parejas de mujeres casadas, al momento de acudir al Registro Civil a realizar la inscripción de su hijo/a recién nacido/a, deben tener claro sus derechos y la forma en que esta inscripción ha de llevarse a cabo por las autoridades registrales y si ésta no fuera la correcta, no deben dudar en presentar el oportuno Recurso contra

la Resolución dictada en el Registro Civil, para que sea conocido y resuelto por el Ministerio de Justicia, Dirección General de los Registros y del Notariado.

Modificación del art. 7 de la ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, que queda redactado como sigue:

Artículo 7.3.- “Cuando la mujer estuviere casada y no separada legalmente o de hecho, con otra mujer, esta última podrá manifestar ante el Encargado del Registro Civil del domicilio conyugal, que consiente en que cuando nazca el hijo de su cónyuge, se determine a su favor la filiación respecto del nacido”

-1-

Esta guía quiere ayudar a las parejas casadas de lesbianas cuando vayan a inscribir en el Registro Civil el nacimiento de su hijo/a, evitando dilaciones innecesarias, exigencias indebidas o actitudes de ignorancia por parte del funcionario.

Requisitos:

-El nacimiento del bebé ha de producirse mediante la aplicación de técnicas de reproducción asistida reguladas en la ley 14/2006.

-En el momento de la inscripción registral del nacimiento, habrá que acreditar la utilización legal de estas técnicas de inseminación como origen de la concepción.

-Ambas mujeres han de estar unidas por matrimonio.

Pese a la redacción tan poco clara y equívoca del art.7.3 de esta Ley, hay que aclarar el sentido que tiene dicho redactado, la forma en que ha de ser interpretado y, lo que es también de importancia, la forma en que NO ha de ser entendido ni aplicado.

Ha de entenderse y aplicarse este artículo en el siguiente sentido:

Cuando nace un/a hijo/a de una pareja de mujeres casadas, la inscripción de su naci-

miento, dentro el plazo legal, se realizará ante el Encargado del Registro Civil del nacimiento, por comparecencia de ambas mujeres, con su documento de identidad, su Libro de Familia de casadas y el parte del alumbramiento (la hoja amarilla que facilita el hospital en que se ha producido el parto).

Ambas mujeres declararán el nacimiento, manifestando expresamente la madre no biológica que consiente en que se determine a su favor la filiación respecto de la o el nacido. Con estas manifestaciones y documentos aportados, por el Registro Civil se practicará la inscripción registral del bebé.

Esta es la manera correcta de proceder al momento de inscribir el nacimiento, pese a lo oscuro del redactado del artículo.

En realidad, el espíritu del redactado de este artículo, es el siguiente:

Cuando la mujer estuviere casada y no separada legalmente o de hecho con otra mujer, esta última podrá -si a su derecho conviene- manifestar ante el Encargado del RC, al momento de realizar la inscripción del nacimiento del hijo de su cónyuge, que consiente en que se determine a su favor la filiación respecto del nacido.

Por lo tanto, es de esta manera como se ha de proceder en el momento de ir a inscribir el nacimiento de la o el recién nacido.

-2-

Fuente: Guía de buenas prácticas para la filiación automática de bebés con dos madres. FELGTB. Disponible en: www.felgtb.es

ANEXO 3

WEBS CON INFORMACIÓN SOBRE SALUD ÚTILES PARA MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

- FELGTB (Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales) www.felgtb.org
- COGAM (Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid) www.cogam.org
- ALEGA (Asociación de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Cantabria) www.alega.org
- Col·lectiu Lambda de lesbianes, gais, transsexuals y bisexuals de Valencia www.lambdavalencia.org
- Fundación Triángulo www.fundaciontriangulo.org
- Xega (Asociación de gays y lesbianas de Asturias) www.xega.org
- Decidet (Asociación de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Alicante) www.decidet.org
- SIDASTUDI (ONG de Barcelona que trabaja en la prevención del VIH/SIDA) www.sidastudi.org
- GALEHI (Asociación de Gays y Lesbianas con hijos e hijas) www.galehi.org
- ILGA (International Lesbian and Gay Association) www.ilga.org
- Planned Parenthood (Salud de la mujer) www.plannedparenthood.org
- Gay and Lesbian Medical Association www.glma.org
- The Network/La red (Maltrato de mujeres lesbianas y bisexuales) www.thenetworklared.org
- Aldarte (Centro de estudios y documentación por las libertades sexuales) www.aldarte.org
- Literatura y documentación sobre lesbianismo www.buxaralibrosles.es
- Mujeres lesbianas y bisexuales de Argentina www.lafulana.org.ar
- COLEGA (Agrupación de asociaciones de gays y lesbianas de España) www.colegaweb.org