

# ENTRE LA CONFIANZA Y LA VIOLENCIA: AMBIVALENCIAS EN LAS SEXUALIDADES JUVENILES



Centro  
Reina Sofía  
sobre adolescencia  
y juventud

fad

# ENTRE LA CONFIANZA Y LA VIOLENCIA: AMBIVALENCIAS EN LAS SEXUALIDADES JUVENILES

## AUTORAS:

Carmuca Gómez Bueno  
Ainhoa Rodríguez García de Cortázar  
Inés González Calo

## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Raquel Latorre  
Ana López Ávila  
Iseo Morillas  
Álvaro Padilla  
Yeray Blanco

Centro  
Reina Sofía  
sobre adolescencia  
y juventud

fad

Investigación financiada a través de la convocatoria  
de "Ayudas a la Investigación" 2018,  
del CENTRO REINA SOFÍA  
SOBRE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

**Cómo citar este texto:**

Gómez Bueno, C.; Rodríguez García de Cortázar, A. y González Calo, I. (2021).  
Entre la confianza y la violencia: ambivalencias en las sexualidades juveniles.  
Madrid: Fad: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud.  
DOI: 10.5281/zenodo.4564195

© FAD, 2021

Edita:

Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud  
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (Fad)  
Avda. de Burgos, 1 y 3  
28036 Madrid  
Teléfono: 91 383 83 48  
Fax: 91 302 69 79

*\*Las interpretaciones y opiniones  
recogidas en el estudio son de  
exclusiva responsabilidad de  
quienes las emiten y no se  
corresponden, necesariamente,  
con la visión de la Fad.*

Maquetación:

Francisco García-Gasco

ISBN: 978-84-17027-54-4

*Agradecemos a las personas participantes que compartieran con el equipo sus vivencias más íntimas. Al alumnado que colaboró en el proceso de investigación y a quienes continuaron trabajando en plena pandemia y difundiendo los resultados del estudio a través de radio placeres, nuestro mayor reconocimiento. Al personal del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud por las facilidades que nos brindaron en todo momento, también gracias.*



# ÍNDICE

---

PRESENTACIÓN .....	6
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	11
II. METODOLOGÍA .....	34
III. RESULTADOS .....	46
IV. CONCLUSIONES .....	127
V. BIBLIOGRAFÍA .....	136
VI. ANEXOS .....	148

# PRESENTACIÓN

---

Cuando presentamos el proyecto Jóvenes, Placeres y Riesgos a la V Convocatoria de Ayudas a la Investigación del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud en 2018, partíamos de hipótesis que relacionaban la búsqueda de placer en las sociedades 'avanzadas' con la adopción de prácticas sexuales de riesgo entre la población joven. Sospechábamos que el placer era el argumento explícito, mientras que las razones implícitas nos llevarían a una forma de sumisión a los patrones heteronormativos o patriarcales y a diferentes formas de minimizar la percepción del riesgo. Es por ello que nos planteamos objetivos que nos permitieran profundizar en las lógicas y procesos de toma de decisiones sobre el uso o no uso de preservativo, abordar la cuestión de la corresponsabilidad en la protección de la salud frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) y explorar los posibles nexos entre el consumo de drogas recreativas y los posibles riesgos en las relaciones sexuales. Un objetivo que en aquel momento no plasmamos por escrito, pero que a lo largo de la investigación se reveló fundamental -y por ello tiene un espacio importante en esta monografía- es el análisis de las violencias patriarcales que interfieren y se manifiestan en buena parte de las relaciones sexuales de las mujeres y de algunos hombres.

La presente monografía muestra en detalle los resultados de esta investigación cualitativa en la que realizamos grupos de discusión con jóvenes en el año 2019 y reuniones grupales de población equivalente en 2020. La finalidad del estudio va más allá del interés por profundizar en la comprensión de los riesgos en las prácticas sexuales de las personas jóvenes. Pensamos que, a partir de los resultados que en esta monografía se plasman, es posible orientar el diseño de acciones que contribuyan a llevar estos temas a la esfera del debate público, faciliten la reflexión y aporten elementos para el cambio de actitudes o conductas. En este sentido, y con el propósito de divulgar así como contrastar los resultados preliminares de esta investigación cualitativa, llevamos a cabo un taller de radio participativa online, en el que se crearon una serie de programas de radio realizados por jóvenes y para jóvenes bajo el nombre de Radio Placeres.

Hemos estructurado la monografía de la siguiente manera. Un primer capítulo de introducción donde se analizan las principales teorías y hallazgos previos de otras investigaciones sobre cuestiones clave en nuestro análisis. Temas como la articulación de las desigualdades sexo/género en los objetivos que nos ocupan;

como la percepción de riesgo, su negación y el papel que pueden jugar excusas y justificaciones; los imaginarios y lógicas de acción asociados a la supuesta invulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres que tienen sexo con mujeres, al mito del amor romántico y la lógica de la confianza o a la dominación masculina y la lógica del placer. Asimismo, presentamos algunos datos sobre infecciones de transmisión sexual en España para centrarnos en una de las ITS más frecuentes, el virus del papiloma humano (VPH). Posteriormente presentamos una revisión narrativa de las principales líneas de resultados de estudios que analizan la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas con fines recreativos y las prácticas sexuales de riesgo de infección por ITS. Y por último avanzamos algunas cuestiones sobre la violencia patriarcal en las relaciones sexuales juveniles, otro importante riesgo para las jóvenes.

En el segundo capítulo presentamos los objetivos e hipótesis de esta investigación y describimos en detalle la metodología empleada para dar respuesta a los mismos. El diseño de la muestra de grupos de discusión, los perfiles de jóvenes participantes, el guion de preguntas empleado, las diferentes estrategias de contactación, el proceso del trabajo de campo y de transcripción de las grabaciones; así como las técnicas de análisis de discurso aplicadas. En este capítulo narramos también el proceso de realización del taller de radio participativa y la metodología de las reuniones grupales llevadas a cabo para discutir y contrastar los resultados de los grupos de discusión y para elaborar cinco de los programas de Radio Placeres, la radio hecha por jóvenes y para jóvenes para difundir los resultados de este proyecto de investigación.

El tercer capítulo recoge los resultados de la investigación y lo hemos dividido a su vez en 8 apartados. Partiendo de una perspectiva sociológica, que considera que las personas forman parte de redes de interdependencia que condicionan tanto sus percepciones como sus acciones en las diferentes situaciones en que se encuentren, abordamos en el primer apartado algunas de las variaciones discursivas sobre las relaciones sexo-afectivas, los modelos sexuales y las formas de establecer contactos sexuales, lo que nos permite contextualizar los siguientes análisis. En el segundo apartado analizamos las diversas percepciones de los riesgos sexuales y de la protección en relaciones homosexuales y heterosexuales. El tercero sistematiza los principales argumentos expresados por jóvenes participantes en forma de excusas y justificaciones para no utilizar el preservativo u otras barreras profilácticas (como las barreras de látex). En el cuarto apartado profundizamos en la cuestión de la dominación masculina y sus efectos en la negociación del uso del preservativo y en la supuesta corresponsabilidad sexual entre jóvenes durante la relación y después, cuando aparecen consecuencias no deseadas.



Exploramos aquí también algunas alternativas al uso del condón empleadas para la prevención del embarazo como son la marcha atrás, los anticonceptivos hormonales y la píldora anticonceptiva de urgencia. En el quinto apartado identificamos tres lógicas de acción que se revelan centrales en la investigación: la lógica del cuidado, la lógica de la confianza -relacionada con el amor romántico y con los imaginarios sobre "lo sano"-, y la lógica del placer. Con estos apartados de resultados damos respuesta al primer y segundo objetivo de la investigación.

El sexto apartado nos permite abordar el tercer objetivo, sobre las percepciones e informaciones que manejan las personas jóvenes participantes sobre las infecciones de transmisión sexual en general y sobre el virus del papiloma humano en particular. Las experiencias relativas a la vacunación contra el VPH de las chicas, la limitada información recibida, la polémica asociada a la vacuna y la percepción del riesgo una vez vacunadas.

Con el séptimo apartado de resultados respondemos al cuarto objetivo de investigación. Se centra en el uso de drogas recreativas antes o durante las relaciones sexuales. Sustancias y usos diversos asociados a expectativas diferentes. La complejidad de las interrelaciones entre tipos y cantidades de sustancias psicoactivas en situaciones diferentes da lugar a experiencias diversas e incluso contrarias en unas y otras personas y/o momentos de las relaciones sexuales. Aquí se identifican tres líneas discursivas divergentes en torno a los posibles efectos del consumo de sustancias en la percepción de riesgos sexuales. La que presupone una relación directa entre el consumo de alcohol u otras sustancias y las relaciones sexuales sin protección; la línea que argumenta que la droga es la excusa y que las personas usan o no usan protección, independientemente de si están bajo los efectos de dichas sustancias; y la posición que defiende la inhibición sexual en situaciones de consumo elevado de sustancias y, por tanto, la ausencia de riesgos de salud sexual.

El último apartado de resultados aborda una problemática fundamental y que preocupa especialmente a las mujeres jóvenes participantes en la investigación, puesto que emerge con fuerza en los grupos de discusión pese a que no se pregunta directamente por ella. Es el tema de las diversas violencias patriarcales y, en particular, la violencia sexual. Su presencia fue tan rotunda que nos vimos obligadas a abordar su estudio. Aquí analizamos las imposiciones del heteropatriarcado y el continuum de las violencias patriarcales, los dispositivos de normalización de la violencia sexual –excusas y justificaciones de esta- y, por último, las formas de incorporación de los discursos feministas y las prácticas sexuales de resistencia, oposición y reproducción del patriarcado entre la población analizada.

En el cuarto y último capítulo presentamos las conclusiones de la investigación, comentando los principales hallazgos contrastándolos con las hipótesis planteadas y discutiendo alguno de ellos en base a estudios previos.

# I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

---

# I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

---

## 1. ARTICULACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES: DESIGUALDADES SEXO-GÉNERO

En 1949, Simone de Beauvoir publicó *El segundo sexo*, donde expuso su teoría de que la mujer siempre ha sido considerada la otra en relación al hombre (medida y autoridad de todas las cosas) sin que hubiera nada biológico ni natural que lo explicara. De ahí su famosa tesis: "No se nace mujer, se llega a serlo" (Beauvoir, 2004). El sistema sexo/género es el mecanismo cultural que divide a la población en dos y atribuye a cada género rasgos específicos diferenciados y jerarquizados. Con estos fundamentos, se produce e impone un imaginario donde sólo existen dos géneros y dos sexos y una forma "normal" de relacionarse entre ellos, aquella que apuesta por las relaciones heterosexuales y el placer masculino: el modelo heteronormativo (Warner, 1991).

La heteronormatividad se caracteriza por establecer el binarismo, considerar el placer femenino subsidiario del masculino y promover una sexualidad falocéntrica y coitocéntrica, donde las mujeres desempeñan un rol complaciente (Adán, 2019). Apuesta, en definitiva, por una masculinidad hegemónica (Connel, 1987; 1995), que concibe el cuerpo de las mujeres como propiedad y la sexualidad no heteronormativa como una amenaza (Budgeon, 2014; Schippers, 2007). En este modelo la agresividad se convierte en elemento de exaltación (Mosse, 1996), al igual que la rudeza, la violencia y la falta de afectividad (Toch, 1998). Obviamente, se valora que el hombre tenga un rol activo, propositivo y se asocia el mito de la hipersexualidad masculina a la doble moral que castiga a la mujer activa sexualmente mientras premia a su homólogo masculino (Menéndez, 2015).

Este modelo no solo continúa vigente, sino que parece tomar fuerza, debido a que el sistema patriarcal cuenta con numerosos recursos para crecer y reproducirse. Entre otros eficaces dispositivos destacan: el amor romántico, el matrimonio y la maternidad que fomentan la dependencia y la reclusión de las mujeres en el hogar; la división sexual del trabajo; la brecha salarial; la desvalorización de los cuidados y la imposición de potentes tiranías sobre los cuerpos de las mujeres. García de León (2012) sostiene que las tensiones entre la independencia (económica, profesional y afectiva) de las mujeres y la dependencia de la imagen o de la estética corporal son manifestaciones de violencia estética patriarcal. De este modo, el ajuste a los cánones de belleza deviene en una forma más de discriminación.

La socialización en y con categorías y valores que benefician sistemáticamente a los varones, coadyuva a que sus principios sean incorporados y empleados en las relaciones desiguales, contribuyendo a su reproducción. Es lo que Bourdieu denomina violencia simbólica: "violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento" (Bourdieu, 1998). La violencia es un elemento central del patriarcado, que marca los límites de lo permitido (Adán, 2019), mientras que la violencia simbólica legitima las condiciones previas a su ejercicio para que no se perciba como tal.

Frente a este modelo, distintas corrientes feministas han reivindicado el placer femenino, la autonomía sexual y el deseo. Así, para el transfeminismo (Stryker y Bettcher, 2016), es clave desestabilizar las consistencias entre sexo, género, deseo y práctica sexual, romper con los binarismos, llamar a la desvictimización y poner énfasis en la interseccionalidad (Yuval-Davis, 2006). El binarismo de género fue cuestionado, además de por el transfeminismo, por la teoría genderqueer, el posgenderism (Butler, 1990, 2004; Haraway, 1991; Stryker y Bettcher, 2016) y otras corrientes que apuestan por su desaparición o por la elección voluntaria o fluida de identidades y expresiones múltiples de género o de la orientación sexual. No obstante, el orden patriarcal continúa imponiendo identidades "cisgénero" y orientaciones heterosexuales, también en el contexto social en el que se desarrolla esta investigación.

En el marco de las relaciones heterosexuales, las apelaciones a una ética de la reciprocidad en el sexo se utilizan, en ocasiones, para ocultar las limitaciones a la sexualidad de las mujeres. Las prácticas de dominación masculina, es decir, las prácticas y representaciones donde los hombres ejercen sus privilegios sobre las mujeres, conducen a relaciones de poder desiguales donde las mujeres negocian el uso del condón desde posiciones sometidas. Ellos acumulan el poder, sobre ellos se coloca el preservativo masculino y ellos deciden. Ellas pueden sugerir, insinuar, pedir o exigir, pero solo se impondrán aquellas más empoderadas, menos dependientes y/o más seguras de sí mismas.

Sobre estos cimientos se articula el análisis de las relaciones sexo-afectivas entre la población de 18 a 25 años, residente en Granada (España) en 2019. Sus percepciones y, sobre todo, sus prácticas sexuales con y sin protección; con y sin sustancias psicoactivas; con o sin parejas, tríos..., sean estables o esporádicos... Lo normativo y las diferentes formas de disidencia serán objeto de análisis en este estudio.

## 2. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

La idea de que el riesgo es conocido, calculable y previsible domina los discursos sobre salud preventiva, fomentando la imagen del autocontrol del riesgo y la responsabilidad individual.

La resistencia al uso de barreras protectoras (condones, barreras de látex...) se considera una conducta de riesgo pues pone en peligro la salud sexual de las personas: riesgo de contraer infecciones y, en las relaciones heterosexuales, riesgo también de embarazos no deseados. Desde la perspectiva biomédica más extendida, la fundamentada en preceptos psicologicistas, se considera que los sujetos toman decisiones racionales basadas en el análisis de coste-beneficio del comportamiento de riesgo. Sin embargo, desde la perspectiva sociológica se sostiene que comprender la asunción de riesgos por parte de los sujetos requiere considerar que las acciones se producen en situaciones sociales determinadas, variables y no necesariamente coherentes, dependen de la persona o grupo con la que se está interactuando, de la presencia de otras personas, de relaciones previas, de presiones y coerciones de diferentes tipos ... las acciones no se producen por una decisión individual y racional, sino como producto de un proceso de interdependencias. Por ello se plantea la conveniencia de cambiar la unidad de análisis: del sujeto individual a las relaciones, situaciones e interacciones sociales, para comprender los también comportamientos definidos como "de riesgo".

Como sostiene Mary Douglas (1992), el riesgo es una construcción social, histórica y culturalmente variable. Las actitudes respecto al riesgo están condicionadas por valores, no solo por la función de utilidad. No se pueden tratar los riesgos como si fuesen equivalentes unos a otros. Además, hay que considerar la "inmunidad subjetiva" o tendencia a minimizar (incluso ignorar) la probabilidad de obtener malos resultados, pues es adaptativa. Es decir, este tipo de inmunidad permite a los sujetos mantenerse serenos ante los peligros que deciden correr o que les sorprenden, y no desestabilizarse ante los fracasos.

En la línea que aquí se propone, no se podrá concluir que las prácticas sexuales "de riesgo" en la juventud o adolescencia son efecto del consumo de determinadas sustancias, ni tampoco efecto de las expectativas culturales asociadas a estas. Se ha de pensar en una realidad mucho más compleja, en sujetos atrapados en diferentes redes de interdependencias (Elias, 1995); sujetos que buscan adaptarse a la definición de cada situación social en la que se encuentran y, a ser posible, hacerlo con éxito (Goffman, 2009).

## 2.1. La negación del riesgo

Las ciencias sociales (y la salud pública) perpetúan el mito de la aversión al riesgo del yo racional (Douglas, 1992). Este mito es una extensión de la fantasía de una sociedad libre de riesgos. El resto se sostiene en la idea de que el riesgo es conocido, calculable y se puede prevenir. En la era de los expertos epidemiólogos el peligro puede ser anticipado (Castel, 1980), aunque para muchos esta lógica difícilmente se sostiene en la era del COVID-19.

Además de la percepción del riesgo se considera relevante la responsabilidad moral, pues el sexo desprotegido no es moralmente neutral (Rhodes y Cusick, 2002:211), sino que está sujeto a distintas interpretaciones. Es sabido que los discursos sobre el riesgo suelen culpar a las víctimas y expresar indignación por la conducta considerada socialmente inaceptable. En general, se les culpa por irresponsables o se juzgan irracionales sus comportamientos (Crawford, 1997).

La presentación de uno mismo es un acto moral, crear imágenes de uno mismo en diferentes contextos busca la aceptabilidad social (Goffman, 2009). Así, el sexo sin protección puede ser visto y presentado como admisible si sirve a los intereses de la pareja, como un símbolo de la seguridad en la relación, la confianza y la lealtad, y esto configura una visión alternativa de la aceptabilidad del riesgo en determinadas situaciones sociales.

Los sujetos entrevistados por Rhodes y Cusick (2002) en algunos casos negaron que fueran los responsables de la salud de otros. En otras ocasiones presentaron excusas por su comportamiento alegando que no eran, en ese momento, "realmente ellos" o "su yo racional", sino otra versión de sí mismos.

## 2.2. Excusas y justificaciones

Considerar el sexo sin protección como una acción moralmente reprochable lleva a quienes lo practican a elaborar excusas y justificaciones para explicar sus actos. En estas situaciones, las personas entrevistadas intentan protegerse a sí mismas como sujetos morales (Goffman, 2009). Para dar cuentas o explicar el no uso de protección para las relaciones sexuales, el uso de sustancias psicoactivas o la violencia de género se emplean excusas y justificaciones, conformando así un vocabulario socialmente aceptado.

Justificaciones son explicaciones en las que uno acepta la responsabilidad por el acto en cuestión, pero niega la cualidad peyorativa asociada a ello...

Excusas son explicaciones en las que uno admite que el acto en cuestión es malo, erróneo, o inapropiado, pero niega toda responsabilidad (Scott y Lyman, 1968:47).

Cuando nos lo requieren, como en la situación de investigación, damos razones y motivos de nuestros actos, pero no ofrecemos descripciones exactas u objetivas: negociamos nuestra imagen y el sentido de nuestra acción. Si ésta se juzga inapropiada, podemos negar nuestra responsabilidad en el acto –excusas- o redefinirlo para presentarlo como legítimo –justificaciones-.

Entre las excusas para no usar protección en las relaciones sexuales se incluyen:

- Impulsos biológicos irrefrenables, especialmente por parte de hombres de todas las edades y en las de algunas mujeres menores de 18 años (Guttmacher et al., 1997; Elifson et al, 2008).
- Problemas de logística (falta de preservativos) (Guttmacher et al., 1997).
- Accidentes con el condón que proporcionan argumentos para prescindir de ellos (Rhodes y Cusick, 2002)
- Efectos del alcohol y las drogas: afectan a la toma de decisiones y a las intenciones de usar condón (Scott y Lyman, 1968; Rhodes y Cusick, 2002).

Las justificaciones reconocen que el acto es inadmisibles, pero sostienen que la ocasión particular lo requiere o permite. En esta línea, Scott y Lyman (1968:51) identifican 'técnicas de neutralización', entre ellas:

- Negación del daño: se reconoce la autoría del acto, pero se afirma que es admisible porque nadie más salió perjudicado o tuvo consecuencias sin importancia.
- Negación de la víctima: la acción era permisible pues la víctima se lo merecía.
- Apelar a lealtades: el acto era admisible pues servía a los intereses de otros.
- Autorrealización y auto-satisfacción, son relatos modernos de justificación empleados por usuarios de drogas que no encuentran nada reprochable en su comportamiento. Remitían al deseo de estar solos o bien a su interés en ilustrar a los que consideraban "no iluminados" (Scott y Lyman, 1968:31).

Rhodes y Cusick (2002) aplicaron categorías afines a las de Scott y Lyman (1968) al análisis de la negociación del riesgo sexual y las racionalizaciones entre la gente



que vive con la infección del VIH y sus parejas sexuales. Identificaron dos formas de contarlo: una, tiende a delegar la responsabilidad individual en las circunstancias y a negar la capacidad de acción como consecuencia del cálculo del riesgo. En ausencia de razones racionales, el riesgo es visto como un destino. Además, las consecuencias son hipotéticas, no reales. También se invoca a la impotencia y la coerción (los otros te persuaden) o a las fuerzas de la naturaleza.

La segunda toma forma de relatos de aceptabilidad que muestran el sexo desprotegido con VIH como aceptable, incluían: VIH positivo concordante; compromiso en la relación; alteración de la responsabilidad y transmisión intencional del VIH. Estos autores invitan a los científicos sociales a prestar atención a los argumentos aparentemente 'anti-racionales'. A partir del ejemplo de un adolescente usuario de drogas inyectables que tenía una nihilista indiferencia hacía su cuerpo y su destino, insisten en la escasez de investigaciones sobre los argumentos que están más allá de la premisa científica de evitar la muerte.

En su análisis de las narrativas de enfermedad entre las personas que viven con el VIH, Ezzy (2000:605) identifica narrativas polifónicas "que están orientadas hacia el presente, poniendo énfasis en la imprevisibilidad del futuro". Estas narrativas están metafísicamente orientadas, dan testimonio de experiencias espirituales y son especialmente interesantes. Si utilizamos relatos como prueba de las reservas del discurso social, podemos empezar, como científicos sociales, a explorar los significados de formas culturales de entendimiento extra-científicas.

En este post-moderno fatalismo del proyecto individualizado de cuerpo sano, el discurso científico y las campañas de promoción de la salud son una distracción semi-alcanzable. El futuro se concibe como parcialmente bajo el control humano y el objetivo principal es disfrutar el presente. En esta concepción más amplia de la vida humana y, tras el coronavirus, los esfuerzos científicos de evitar la muerte evidencian sus fisuras.

### 3. IMAGINARIOS Y LÓGICAS DE ACCIÓN

A continuación se abordan la percepción de invulnerabilidad entre jóvenes y los imaginarios del tipo amor romántico que contribuyen al abandono progresivo del uso de métodos preventivos. Estas nociones de (in)vulnerabilidad y de amor romántico, alimentan y sostienen diferentes lógicas de acción: la lógica preventiva del cuidado, la lógica de la confianza y la lógica del placer.

### 3.1. Invulnerabilidad, invisibilidad y lógica del cuidado en mujeres que tienen sexo con mujeres

El estudio de Dolan y Davis (2003) con 162 mujeres lesbianas, analiza: 1) cómo interpretan y contextualizan las mujeres su vulnerabilidad, 2) cuál es el conocimiento que manejan y que sustenta su sentido del riesgo en relación a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y 3) qué factores y circunstancias modifican su construcción de sentido en torno al riesgo.

Sus resultados diferencian tres tipos de susceptibilidades respecto a la percepción del riesgo: 1) mujeres que se creían esencialmente invulnerables; 2) mujeres que se sentían socialmente inocuas al riesgo, y 3) un grupo que sí asumía la vulnerabilidad y se sentía tan vulnerable como cualquier otra persona. La mayoría de las participantes fueron incluidas en los grupos uno y dos (más de la mitad en el segundo).

Las mujeres del grupo de discusión uno (GD1) percibían que no eran vulnerables a las ITS o al VIH por el simple hecho de ser lesbianas. Según su idea, las ITS no son transmisibles entre mujeres. La ausencia de eyaculación masculina parece inducir a la idea de que el riesgo es irrelevante, tornando el sexo entre mujeres "seguro". Se observó también que los imaginarios de salud y de enfermedad se fundamentaban en la percepción: si una mujer se ve saludable, es saludable y disminuye el riesgo de contagio. De hecho, muchas de las mujeres de este grupo, afirmaron que las ITS no les preocupaban.

Las mujeres del grupo dos (GD2) fueron definidas como "socialmente inocuas". Estas parecían considerar que sus habilidades y su control sobre su círculo social ofrecían garantías de protección para sus relaciones sexuales. De modo que las mujeres lesbianas serían capaces de detectar o intuir quién, de entre ellas, está infectada. Este conocimiento se fundamenta principalmente en la confianza mutua. Sostienen que las mujeres son más fiables que los hombres y defienden la utilidad de conocer la historia sexual de sus parejas (más confianza) o la importancia que ellas dan a la honestidad y comunicación como principio preventivo (Dolan y Davis, 2003). En definitiva, este estudio contribuye a afianzar la idea de que la percepción del riesgo es socialmente construida a partir de las experiencias previas, las relaciones interpersonales y las comunidades de pertenencia.

Según Castro Calvo et al. (2016) el colectivo de mujeres que tienen sexo con mujeres se configura como un grupo heterogéneo. Aunque representan un sector de la población de dimensiones considerables, no han sido objeto de suficiente

atención y existe cierto desconocimiento sobre sus prácticas sexuales y los posibles métodos preventivos a ellas adaptados, especialmente sobre las barreras de látex.

Las formas de contagio de ITS entre mujeres se centran en el intercambio de fluidos vaginales y el contacto directo con sangre, ya sea menstrual o producida por alguna herida. Las prácticas como el tribadismo, el intercambio de juguetes sexuales para la penetración, el cunnilingus durante la menstruación, el fisting (penetración anal o vaginal con el puño) u otras prácticas sexuales que impliquen este intercambio de fluidos o contacto con la sangre constituyen, de hecho, prácticas de riesgo de contagio de ITS.

Sin embargo, diversos estudios muestran cómo las mujeres que tienen sexo con mujeres son invisibilizadas por los sistemas de salud y se enfrentan con diferentes barreras para acceder a una atención sociosanitaria adaptada a sus necesidades específicas (Hunt y Fish, 2015; Simkin, 1991). Como afirman Soligo Takemoto et al. (2019), en términos generales, se sabe poco o no lo suficiente sobre las transmisiones de ITS en el sexo entre mujeres.

Mientras el condón sería el método más eficaz en la prevención de ITS cuando hay penetración, para el caso de las prácticas sexuales que no la contemplan las barreras de látex representan el método preventivo más eficaz, tanto en relaciones heterosexuales como homosexuales. Las barreras de látex están disponibles desde los años 80', aunque aún hoy no son de fácil acceso en nuestro país (no se venden en cualquier farmacia y el precio es más elevado que el de los condones). Por ello, resultará útil construir algún sustitutivo en el momento de la relación sexual: Internet, las redes sociales, las guías de contagio de VIH muestran sencillos ejemplos de cómo construir una barrera de látex haciendo un par de cortes a un condón. Sin embargo, no se observa un uso generalizado, el condón o los guantes para la penetración parecen ser de uso más frecuente que las barreras de látex (Richters et al., 2010).

Debido a la falta de estudios, sobre todo a nivel nacional, sobre los métodos de prevención y prácticas sexuales de mujeres con mujeres, el estudio realizado por Castro Calvo (et al., 2016) con 40 mujeres de entre 18 y 50 años que se autoconsideran lesbianas, resulta especialmente revelador al aportar datos que constatan que el uso de la barrera de látex es infrecuente y, que cuando se usa, no se hace de manera consistente. Siguen siendo necesarios pues, análisis de las prácticas sexuales entre mujeres, especialmente desde la perspectiva cualitativa. El riesgo de contagio de ITS asociado a los imaginarios de invulnerabilidad opera en contra de la lógica del cuidado. A ello contribuye también la invisibilidad de la sexualidad entre mujeres: si no se nombra y difunde, no existe.

Si no existe el riesgo ¿para qué incorporar lógicas del cuidado y medidas preventivas? Lo que no se nombra no existe y los riesgos para la salud de las mujeres que tienen sexo con mujeres parecen no existir. Por ello, son objeto de interés en esta investigación que pretende profundizar sobre las características específicas del sexo entre mujeres y las lógicas en que se sustentan.

### 3.2. El mito del amor romántico y la lógica de la confianza

Uno de los mecanismos que interviene en la construcción de los imaginarios del riesgo, es el mito del amor romántico, pues media en los vínculos sexo-afectivos que se establecen entre las personas. Los mitos sobre el amor romántico son creencias formuladas como si fueran una verdad absoluta que describe cómo es el verdadero amor. Estas creencias son compartidas por gran parte de la sociedad y suelen ser engañosas, infundadas y difíciles de cumplir (Yela, 2003).

"El amor es el opio de las mujeres" diría Kate Millet. Entre los mitos del amor romántico destaca la "confianza" absoluta en la otra persona. La confianza es un atractor semántico alrededor del que se articulan los discursos sobre las relaciones sexuales y afectivas, los cuidados, el amor, la prevención, el placer... es un concepto central cargado de múltiples significaciones. Esta confianza se fundamenta, en ocasiones, en el conocimiento previo o en la madurez y la duración de la relación. Como se veía en Gómez Bueno et al. (2011b; 2013), esta lógica de la confianza presiona para renunciar al uso de métodos de protección eficaces (tipo preservativo) en las relaciones sexo-afectivas de las personas jóvenes, cualquiera que sea su orientación sexual, afectando a los riesgos asumidos al recurrir a la marcha atrás o al renunciar a tomar precauciones.

Se ha observado que cuanto más altos son los niveles de romanticismo, mayor es la tendencia a rechazar el uso del condón en las relaciones sexuales (Larrañaga, Yubero y Yubero, 2012). También un estudio realizado entre jóvenes en Girona, mostraba que entre las chicas, la ideología del amor romántico iba asociada a la dependencia de su pareja, resultando en una pérdida de la autonomía en la negociación del uso del preservativo (Saura et al., 2019).

Otro de los motivos por los que se tienen relaciones heterosexuales sin protección es porque se asocia la "relación estable" a "relación segura" (Calafat et al., 2009; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009; Elifson et al. 2008). Precisamente, para estas personas, no utilizar el preservativo es una forma de afianzar la "confianza" en la pareja (Gómez Bueno et al., 2011b). Las relaciones de dominación son cruciales para comprender el abandono del preservativo y el recurso a la marcha atrás. Si el chico se resiste a usar preservativos y la chica cede, lo hará como manifestación de

la confianza depositada en él, como estrategia para manifestarle que le quiere y ganarse su 'amor'. Así, la marcha atrás se convierte en una muestra de confianza: confían en él, en su palabra de que "se va a salir a tiempo". Esta lógica que lleva a pasar del condón en la primera relación sexual, a la marcha atrás, cuando la relación se estabiliza mínimamente, es una de las claves para comprender la trayectoria anticonceptiva de las más jóvenes y la renuncia al preservativo. Es una lógica femenina que corresponde a una población concienciada en la prevención que se deja llevar por un ideal romántico (Gómez Bueno et al, 2011b). Tanto que defender su uso en el contexto de una pareja estable, podría ser visto como indicador de desconfianza, consecuencia de una infidelidad, o incluso, levantar la sospechas sobre portar alguna infección de transmisión sexual (Ballester, Gil-Llario, Ruiz-Palomino y Giménez-García, 2013). Este patrón parece independiente de la orientación sexual ya que se encuentra también en hombres homosexuales y bisexuales (Bauermeister et al., 2012; Golub et al., 2012).

La cuestión de la confianza no sólo se fundamenta en el vínculo afectivo, también lo hace en las apariencias que inspiran mayor o menor confianza, especialmente en los encuentros ocasionales. Así, un estudio realizado en Barcelona con usuarios de saunas gay y sex shops de la ciudad (Jacques-Aviñó et al., 2015) revelaba la importancia que algunos hombres que tienen sexo con hombres otorgan a la "imagen saludable" que proyecten las parejas ocasionales, articulando el discurso alrededor de la "confianza". Los entrevistados otorgaron un valor fundamental a la salud, entendiendo ésta como un equilibrio entre el estado físico y psicológico.

Existen, además, otros factores que median en la exposición a conductas de riesgo, como pueden ser la búsqueda de sensaciones sexuales, la autoeficacia a la hora de negociar el uso del preservativo o las habilidades sociales. Los hombres de cualquier orientación sexual, se ven afectados por los cambios sociales respecto al género pues inciden en el cuestionamiento de las masculinidades hegemónicas, llevándolos a incorporar actitudes tradicionalmente reconocidas como femeninas (Connell, 2012). El enfoque relacional de género propuesto por Connell (2012) incluye el acercamiento al análisis de las masculinidades como un hecho dinámico y multidimensional. Continúa siendo importante conocer de qué manera se están construyendo esas masculinidades alternativas y cómo éstas enfrentan imposiciones en las estructuras de género que afectan a la sexualidad (Gasch Gallen et al., 2018).

En cualquier caso, si bien existen estudios que profundizan en la influencia que los mitos románticos pueden tener para el establecimiento del vínculo de pareja y la salud psicosocial de las personas, todavía no contamos con muchos trabajos que analicen su impacto en las conductas sexuales de riesgo y la salud sexual y

reproductiva dada la baja utilización del preservativo en las relaciones sexuales tanto estables (Larrañaga et al., 2012; Calafat et al., 2009; Teva et al., 2009) como esporádicas (Gómez Bueno, 2013).

### 3.3. La dominación y la lógica del placer

En las relaciones heterosexuales, el género juega un papel crucial en las experiencias de las personas sobre su poder relacional y, por lo tanto, sobre el uso del condón. Los chicos perciben que tienen más poder que sus compañeras jóvenes (Tschann et al., 2002), pero las mujeres poderosas son más propensas a usar condones constantemente (Pulerwitz, et al., 2002), así como a tomar todo tipo de decisiones relacionadas con el sexo (Harvey et al. 2002; Gómez Bueno et al., 2011a; 2011b).

Yachao y Samp (2019) sostienen que la comunicación necesaria para negociar el uso del preservativo depende de las relaciones de dominación y poder. Cuando la relación es más igualitaria, el hombre se suele mostrar más comunicativo y cuando la mujer es quien tiene más poder se observa más comunicación y negociación sexual. Investigaciones previas subrayan dos dinámicas asociadas al uso del condón: 1) la dinámica de poder: quienes tienen más poder en la relación tienen más probabilidades de imponer su deseo de usar o no condón (Tschann et al, 2002; Woolf y Maisto, 2008). Y, 2) las discusiones sobre el uso del condón durante los encuentros sexuales son uno de los predictores más importantes sobre su uso (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999; Noar, Carlyle y Cole, 2006).

No obstante, el desequilibrio de poder es manifiesto en las relaciones heterosexuales porque el uso del condón requiere la cooperación del hombre. Como los condones masculinos se ponen en los hombres, las mujeres deben comunicar su deseo de usar condones, mientras que los hombres tienen la capacidad de usar condones sin discusión (Otto-Salaj et al., 2010). Solo aquellas que aprendieron a colocar los condones con la boca o que usan los condones femeninos escapan de esta dinámica.

Cuando los chicos presionan para no usar preservativo, algunas chicas ceden a su capacidad de persuasión (en relaciones con fuertes desigualdades), escenificando cierta forma de lo que Bozon (1990a y 1990b) denomina dominación consentida. De modo que se consolida el imaginario del uso del condón como una pérdida de placer que afecta a los hombres (Holland, 1992) y que subordina a las mujeres a priorizar el placer del varón sobre sus propios cuidados.

Jacques-Aviñó et al., (2015) mostraron que entre los HSH mantener el equilibrio entre salud y placer resultaba difícil de modo que entre los argumentos para

renunciar al preservativo destacaban la prioridad del placer y la falta de excitación asociada a su uso.

Uusküla et al., (2011) al analizar el uso del condón entre usuarios de drogas inyectables en Estonia muestra que los participantes también emplearon como excusa para rechazar el uso del condón el hecho de que resta placer físico. En general, el argumento del placer aparece en las investigaciones revisadas asociado a la masculinidad hegemónica, como si para las mujeres no funcionara la lógica del placer; como si ellas no emplearan la lógica del placer como argumento para mantener relaciones sexuales sin protección. Se verá más adelante qué información adicional proporcionan las personas que participan en este estudio.

## 4. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las ITS tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el 2019 (WHO, 2019), cada día más de un millón de personas contraían una infección de transmisión sexual. Anualmente, unos 376 millones de personas contraen alguna de estas cuatro ITS: infección por Chlamydia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 500 millones de personas eran portadoras del virus que provoca la infección genital por virus del herpes simple (VHS) y más de 290 millones de mujeres estaban infectadas por virus del papiloma humano (VPH).

En la mayoría de los casos, las ITS son asintomáticas o se acompañan de síntomas leves que no siempre permiten diagnosticar la enfermedad. En otros casos, las ITS tienen consecuencias graves para la salud reproductiva más allá del impacto inmediato de la propia infección (por ejemplo, infertilidad o transmisión materno-infantil). Además, se constataba un aumento en la fármaco-resistencia, sobre todo en el caso de la gonorrea, lo que se considera un problema grave de cara a conseguir la reducción de este tipo de infecciones en el mundo (OMS, 2019).

En España, la situación de las ITS en el año 2017 mostraba la tendencia creciente de la infección gonococia y de la sífilis, a partir del inicio de la década del 2000 (Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III, 2019). Para el conjunto de las infecciones de transmisión sexual, la información procedente de la notificación individualizada mostraba mayor afectación en hombres que en mujeres a excepción de la infección por Chlamydia. En 2017 el 40% de los nuevos diagnósticos de VIH en mujeres y el 49% de los nuevos diagnósticos en hombres se dan antes de los 35 años de edad, si bien, el VIH y sus consecuencias siguen siendo más frecuentes entre los hombres en España (Hernando et al., 2018).

Un estudio observacional descriptivo realizado en la provincia de Granada en el periodo 2010-2014 (Pérez-Morente et al., 2017), a partir de una revisión de historias clínicas incluidas en el registro del Centro de ITS y Orientación Sexual, corroboraba el incremento de ITS a lo largo del período analizado. El perfil de población que acudía a una consulta especializada era el de una persona joven, soltera y con estudios superiores. La mayoría eran de orientación heterosexual y acudieron al centro por sintomatología de ITS o sospecha de VIH. Uno de sus hallazgos fue que el número de sujetos con más de una pareja en el último año era considerable, así como la frecuencia de no uso del preservativo. Estas prácticas se combinaban con un uso inconsistente del preservativo. En ese período y para la provincia de Granada, el virus del papiloma humano (VPH) era la infección con mayor prevalencia, destacando también el Molluscum contagioso, la gonorrea y la sífilis.

Según relatan Sepúlveda-Carrillo y Goldenberg (2014) de forma general, los universitarios saben que el VPH puede ser transmitido sexualmente, sin embargo, pocos conocen sus diferentes manifestaciones y menos del 1% reconoce el VPH como causa principal del cáncer cervical. Aunque las mujeres expresan un mejor conocimiento sobre el HPV que los hombres, menos de la mitad de ellas sabe que el virus puede ser transmitido por las relaciones sexuales. Los hombres, por su parte, consideran que la infección es grave para las mujeres y no para ellos mismos. De entre los hombres, los que tuvieron VPH y verrugas anales y genitales habían tenido relaciones sexuales sin protección y variedad de parejas sexuales.

El imaginario colectivo establece que la confianza en la pareja (Sepúlveda-Carrillo y Goldenberg, 2014) y la estabilidad de la relación influyen en la disminución de los riesgos sexuales, facilitando en relaciones homosexuales o heterosexuales la normalización de la penetración sin preservativo o el tribadismo durante el periodo de menstruación, que incrementan el riesgo de infección. Las personas jóvenes subestiman el riesgo de infectarse por el VPH y no se sitúan como responsables de la propagación del virus, sostienen dichos autores.

#### **4.1. El Virus del Papiloma Humano y el cáncer de cérvix**

La relevancia atribuida al VPH y la atención puesta en su prevención y vacunación responde a dos razones fundamentales. Es la infección viral de transmisión sexual más frecuente presente en todos los continentes y razas, con impacto en la morbilidad y mortalidad mundial (Cab-Sánchez et al., 2017) y dicha infección podría derivar en algún tipo de cáncer. Se han identificado más de un centenar de tipos VPH, y se han clasificado en virus no oncogénicos y oncogénicos por su capacidad de inducir transformación maligna.



Según datos del estudio Cleopatre, en España la prevalencia de VPH es del 28,8% en mujeres jóvenes de 18 a 25 años, el doble que en mujeres de 18 a 65 años. Los tipos de VPH de alto riesgo de cáncer aparecen en el 12,2% de las mujeres testadas y en el 84,0% de las mujeres con VPH identificadas, el tipo nº 16 de papiloma es el más común y se detecta en el 16,9% de las pruebas positivas (Castellsagué et al., 2012).

El estudio prospectivo longitudinal de Cab-Sánchez et al., (2017) con 102 jóvenes de 18-26 años de edad halló una prevalencia del VPH en cavidad oral del 3,3% entre los chicos y del 11,9% entre las chicas. Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo fue la única variable asociada a la presencia del virus ( $p < 0,05$ ). Ni el número de parejas sexuales, ni los tipos de prácticas sexuales ni el uso/no uso del condón se asociaron a la presencia del virus. A los seis meses las personas infectadas habían eliminado el virus, razón por la cual el estudio concluye que la infección oral por VPH es transitoria y está asociada principalmente a mujeres que tienen sexo con mujeres. Como se ha comentado, este colectivo ha sido invisibilizado y se percibe invulnerable a las ITS. Sin embargo, pueden infectarse también con el VPH, aunque nunca hayan tenido una relación heterosexual (Cab-Sánchez et al., 2017). Asimismo, Tamayo-Acevedo et al., (2014) apuntan al desconocimiento de la asociación del papilomavirus con el cáncer anal, de orofaringe o de pene en jóvenes estudiantes de grado universitario, quienes perciben el VPH como un problema que solo afecta a las mujeres en forma de cáncer cervicouterino.

Según datos de la International Agency for Research on Cancer, en el año 2018 el cáncer de cérvix ocupaba el quinto lugar en incidencia a nivel mundial. En España presentaba una incidencia de 5,2 frente al 6,7 de Francia, el 7,1 de Italia, el 8,4 de Reino Unido o el 8,9 de Portugal (WHO, Globocan, 2020). Según el Informe de la Sociedad Española de Oncología Médica la estimación del número de nuevos casos de cáncer de cérvix (cuello uterino) en mujeres, en España y para el año 2020, alcanzaría casi los 2000, no necesariamente asociados al VPH. En 2018 murieron 638 mujeres en España a causa del cáncer de cuello de útero (SEOM, 2020).

La lucha contra el cáncer de cérvix constituye uno de los objetivos prioritarios de salud pública de la OMS, y se sostiene que la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), podría evitar la mayoría de los casos de cáncer de este subtipo. Otra opción sería la implementación de un programa de cribado por citología. En 2019, 100 países del mundo habían introducido la vacunación en sus esquemas nacionales, si bien estos 100 países tan sólo cubrirían el 30% de la población diana global.

En España se apostó por incluir la vacuna contra el VPH en el calendario de vacunación. En 2008 se empezó a vacunar a las chicas de 14 años. Actualmente la mayoría de las Comunidades Autónomas vacunan a las chicas a los 12 años de manera gratuita, en el centro de salud o en el centro educativo. Para las mujeres mayores de esa edad y para los hombres la vacuna no es gratuita, salvo si presentan factores de riesgo y solo en algunas Comunidades Autónomas (Barrecheguren, 2018).

En el año 2018, la cobertura de vacunación en el caso de la primera dosis en Andalucía ascendió al 75,2% de las niñas (cohorte 2005). Se trata del porcentaje de vacunación más bajo de todas las Comunidades Autónomas, que oscilan entre el 79,9% en Cataluña y el 98% en Galicia (SEOM, 2020).

Este tipo de vacunación no está exenta de polémica. Muestra de ello es la revisión Cochrane sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano, que fue ampliamente criticada por rechazar casi la mitad de los estudios analizados. Jørgensen, Gutsche y Jeffereson publicaron una fuerte crítica contra el procedimiento seguido por la Cochrane en la *British Medical Journal* (Jørgensen et al., 2018). Esta crítica levantó importantes sospechas sobre los intereses de las farmacéuticas que pudieran esconderse tras la aprobación y la recomendación masiva de una vacuna cuya eficacia no estaría del todo demostrada. Dichos autores afirman, entre otras deficiencias, que se evaluaron de manera incompleta los acontecimientos adversos graves y sistémicos, que causas de muerte codificadas (como lesión traumática en la cabeza o ahogamiento) podrían estar ocultando daños asociados a la vacuna (como los reconocidos síncope) y que todos los ensayos incluidos en la revisión habían sido financiados por la industria farmacéutica (Jørgensen et al., 2018). "En mayo de 2018, la base de datos de farmacovigilancia de la OMS —VigiBase, administrada por el Centro de Monitoreo de Uppsala (UMC)-, contenía 499 muertes notificadas relacionadas con la vacunación contra el VPH." (Jørgensen et al., 2018: 166).

Más allá de la polémica, en este estudio nos interesa identificar y comprender los imaginarios, las percepciones y prácticas de riesgo así como el conocimiento que las jóvenes tienen acerca del VPH y la vacunación, puesto que trabajamos con las jóvenes destinatarias de las primeras campañas de vacunación en España, concretamente en Andalucía.

## 5. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y RIESGOS SEXUALES

El análisis de las relaciones sexuales sin protección desde una perspectiva de género muestra la asociación entre las relaciones de dominación y poder y la capacidad de negociación e imposición del uso o no uso de métodos de barrera durante los encuentros sexuales, con independencia de la orientación sexual. La percepción de invulnerabilidad, los mitos del amor romántico y la percepción de lo sano contribuyen a alejar a parte de la población de la lógica del cuidado, la lógica preventiva, para hacer valer y guiarse por las lógicas de la confianza y del placer.

En el contexto de las sociedades hedonistas e individualistas donde las relaciones sexuales se guían por la búsqueda del placer inmediato, esta monografía se pregunta por el consumo de sustancias psicoactivas con fines recreativos y sus combinaciones con las relaciones sexuales sin protección. Se defiende aquí que atender al entramado de interdependencias en que se desarrollan los sujetos contribuye a comprender sus razones prácticas.

### 5.1 Principales enfoques

La relación entre el consumo de diferentes sustancias en cantidades diversas y el sexo sin protección no es simple, máxime si huyendo del enfoque biomédico (centrado en el análisis de las adicciones, infecciones, medicalización y enfermedades) se atiende a los aspectos estructurales y simbólicos que contribuyen a dotar de significados a los actos de los sujetos en función de su posición social. Desde la sociología se defiende que las condiciones sociales de existencia (económicas, relacionales y laborales) condicionan las expectativas, las prácticas y los roles de las personas dentro de la estructura social (según género, clase social y etnia, fundamentalmente), al igual que el contexto socio-cultural condiciona las maneras de percibir, apreciar e interpretar la realidad. Tener en cuenta todo el entramado de interdependencias en que se desarrollan las prácticas de los sujetos nos ayuda a comprender las razones prácticas que llevan a los sujetos a prescindir del uso de condones o a usar sustancias psicoactivas, en contra de la racionalidad oficial. Autores como Rhodes y Stimson (1994) destacan la importancia de las expectativas individuales sobre los efectos del alcohol en el comportamiento sexual. Además, defienden que "la psicoactividad de una sustancia no establece la desinhibición o el control del comportamiento, simplemente facilita una conciencia alterada sobre cultura, circunstancias y personalidad" (Rodríguez García de Cortázar et al., 2007: 154).

En la literatura sobre la relación entre el uso de drogas recreativas y los encuentros sexuales sin protección (preservativos u otro tipo de barreras), no hay consenso; los

resultados de las investigaciones son divergentes. Desde un enfoque sociológico, que considera las diferencias en el acceso a recursos de los sujetos sociales según clase social, género o nivel de estudios, se diferencian tres enfoques:

**1)** Aquellos que sí encuentran relación entre el consumo de alcohol (Friedman et al., 2001; Zablotska et al., 2006) y otras drogas recreativas (Liau et al., 2002) y los encuentros sexuales sin protección (McNall y Remafedi, 1999; Eul, 2010). Es decir, sostienen que al aumentar el consumo, aumenta el sexo desprotegido. El trabajo de Dir et al., (2018) concluye que, aunque el consumo combinado de alcohol y marihuana puede reducir la percepción de riesgo, solo el alcohol está relacionado con el no uso de preservativo. Ramseyer, Cook, Pekarek y Ward (2019) concluyen que, en general, las prácticas sexuales sin protección presentan una relación significativa con condiciones de embriaguez o de consumo de cannabis. En esta línea ONUSIDA y la WHO plantearon (WHO, UNAIDS, 2002) estrategias múltiples e integradas para lograr cambios en los contextos estructural, comunitario e interpersonal, con el fin de intervenir en el binomio consumo de sustancias psicoactivas y conductas sexuales de riesgo.

Rodríguez García de Cortázar et al., (2007) sostienen que el signo de la relación depende de la cantidad consumida y del tipo de sustancia/s: consumo y/o policonsumo moderado, elevado o abusivo de drogas recreativas, y por otro lado, de las expectativas sobre los efectos concretos de cada sustancia.

El uso moderado de drogas como el alcohol facilita la sociabilidad y el establecimiento de los contactos y relaciones sexuales (Eul, 2010). Sin embargo, el consumo elevado y el policonsumo de sustancias como éxtasis, alcohol y speed o cocaína, puede contribuir al desarrollo de prácticas sexuales desprotegidas.

Sobre la cocaína predomina la idea de que permite "aguantar" más tiempo sin eyacular. Esto es visto por los hombres como una mejora en el rendimiento sexual, señala Eul (2010), ya que las relaciones sexuales durarán más y terminarán en un orgasmo mucho más fuerte. Para este autor, la cocaína también tiene un fuerte efecto en la falta de uso del condón.

**2)** Quienes sostienen que existe una relación negativa entre el consumo y las prácticas sexuales de riesgo, es decir, que al aumentar el consumo, disminuye el riesgo de sexo sin protección (o de sexo, directamente). Así, aunque el consumo elevado y el policonsumo podrían conllevar la realización de prácticas sexuales de riesgo, también impiden o dificultan las relaciones

sexuales con penetración (especialmente la heroína y el alcohol) y, por tanto, disminuyen el riesgo de ITS.

En otras ocasiones se toma la decisión de no relacionarse sexualmente tras la ingesta elevada de sustancias psicoactivas, especialmente cuando se tiene cierta edad y/o experiencia de consumo de drogas. Por ejemplo, en ciertas "raves" prima el consumo de sustancias recreativas mientras está mal visto relacionarse sexualmente (Rodríguez García de Cortázar et al., 2017).

Entre consumidores habituales de cannabis, su consumo elevado sin combinar con otras drogas, no parece influir en la realización de prácticas sexuales de riesgo (Brodbeck et al., 2006; Eul, 2010). El speed tampoco se considera que por sí solo induzca la pérdida de control pues aunque aumenta significativamente el deseo sexual, reduce las posibilidades de lograr la erección (Eul, 2010). Tampoco se suelen mantener relaciones sexuales bajo los efectos de LSD u hongos alucinógenos.

**3)** Aquellos que NO encuentran relación entre esas dos variables: la ingesta de alcohol y drogas, por un lado, y, el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, por otro lado (Fonteberry et al., 1998; Santelli et al., 2001; Morrison et al., 2003; Rodríguez García de Cortázar et al., 2007). En esta línea se sitúan también Elifson et al., (2008) pues sostienen que el uso de drogas y barreras protectoras no están asociados; no correlacionan. Serán pues otras lógicas las que expliquen ambas prácticas. Así, se argumenta que si no se utilizan preservativos bajo los efectos de drogas recreativas se debe a otras cuestiones, más allá del mero uso de sustancias psicoactivas. Su argumento es claramente expresado por un participante en la siguiente cita del informe de Rodríguez García de Cortázar et al., (2007):

*"¿Qué más da que vaya el tío puesto o no puesto? Si en realidad es que no tiene condones en casa, no lo tiene metido en la cabeza, entonces que, (con drogas), lo único que hace es proyectar lo mismo."*

## 5.2 Matices y variaciones

En el estudio de las posibles diferencias en las dinámicas entre consumo y sexo sin protección según la orientación sexual de los sujetos destacan las aportaciones de Clayton, Andrzejewski, Johns, Lowry y Ashley (2019) quienes concluyen que, salvo el alcohol, la relación entre las prácticas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias es más fuerte en estudiantes heterosexuales que en estudiantes LGB (homosexuales, bisexuales o lesbianas). Mientras que para homosexuales y

bisexuales solo las drogas inyectables mostraron una asociación significativa con el no uso de preservativo. Tampoco el estudio de Phillips et al. (2018) encuentra evidencias de coocurrencia de no uso de preservativo bajo los efectos del alcohol y otras drogas en jóvenes de orientación homosexual o bisexual.

La supuesta relación entre el consumo de drogas y las relaciones sexuales sin protección tampoco revela tendencias claras en función del género, de la posición social o del tipo de droga consumida. Últimamente, se ha tratado de estudiar diversos elementos que interfieren o condicionan la posible relación entre prácticas sexuales de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas. Así, el trabajo de Ramseyer, Cook, Pekarek y Ward (2019) encuentra que una auto-imagen corporal negativa en adolescentes no se asocia en general a prácticas sexuales sin protección.

La investigación de Uusküla et al. (2011) sobre el uso del condón entre usuarios de drogas inyectables en Estonia muestra algunas regularidades (se espera que lo demande la chica y lo aporte el chico) y argumentos para no usarlo con la pareja estable (resta placer, socava la confianza, resulta insultante pues cuestionaría la supuesta fidelidad). En las relaciones esporádicas, los consumidores de drogas inyectables no parecen sentirse responsables de prevenir la transmisión sexual del VIH a esta clase de pareja. Parece que los usuarios de drogas carecen de las habilidades prácticas, de comunicación y autogestión necesarias para usar los condones de manera consistente cuando los roles de género generan barreras para la comunicación abierta.

Como se verá, estas líneas no son excluyentes; conforman puntos de vista que se superponen, y en ocasiones coexisten incluso a lo largo del discurso de una misma persona.

En síntesis, según Rodríguez García de Cortázar et al. (2007), la población joven considera las noches del fin de semana propicias para las relaciones sexuales y el consumo de drogas recreativas, que a su vez se perciben como facilitadoras de la desinhibición sexual. El modelo sexual dominante prima la penetración vaginal sobre las relaciones buco-genitales, que se suelen practicar sin ningún tipo de protección.

En suma, los resultados apuntan que estamos sometidos a presiones y mensajes contradictorios:

- Mientras desde los medios de comunicación se incita al consumo, a los excesos, al disfrute del ahora, de la novedad y de las sensaciones fuertes. Desde las instituciones sanitarias se insta a tomar precauciones e incluso a inhibirse de aquello que resulta "placentero".

- Las personas menores de 25 años consideran pobre y represiva la educación sexual recibida, lo que aumenta sus miedos a la hora de proponer prácticas sexuales, y explicaría su recurso al alcohol y otras sustancias esperando un efecto relajante.
- Mujeres menores de 25 años señalan dificultades para comunicar sus deseos y para negociar el uso del preservativo, condicionando la negociación al nivel de confianza logrado con la pareja sexual del momento.
- Otro riesgo explicitado exclusivamente por mujeres son las relaciones sexuales no deseadas.

### 5.3 Policonsumo y lógicas combinadas

Butler y Montgomery (2004), estudiaron la relación entre el consumo de drogas recreativas, éxtasis y otras, y la impulsividad, el gusto por la aventura, la búsqueda de novedades y la evitación de daños. La muestra estaba formada por 256 estudiantes universitarios de psicología en una Universidad de Londres (Reino Unido). Los datos del historial de drogas confirmaron los resultados de investigaciones previas relativas a que los usuarios de éxtasis tienden al policonsumo (Hammersley et al., 1999; Morgan, 1999; Schifano et al., 1998) e informaron de un mayor uso de anfetamina, cocaína y LSD que la droga múltiple sin éxtasis hallada por Parrott et al. (2000). Los resultados confirmaron la asociación entre el policonsumo (con y sin éxtasis) y el aumento en las puntuaciones de impulsividad y aventura. Sin embargo, los resultados de Morgan (1999) y de Parrott et al. (2000) son contradictorios. En general, concluyen que el uso de drogas múltiples, particularmente cuando incluyen éxtasis, está asociado con la impulsividad, la aventura y la búsqueda de novedades. Sin embargo, sigue siendo el agotamiento de la serotonina como consecuencia del uso de éxtasis, lo que podría dar como resultado una elevada exposición al riesgo y la impulsividad. De hecho, la impulsividad se correlaciona positivamente con el consumo de éxtasis en la dosis típica. Alternativamente, puede ser que los comportamientos impulsivos y de riesgo sean consecuencia de niveles bajos de serotonina preexistentes (es decir, uso de éxtasis anterior a la fecha) o puede ser que una supuesta predisposición a una impulsividad elevada preceda al aumento del uso de drogas ilegales.

En suma, los principales argumentos utilizados para explicar las relaciones sexuales sin protección en relación con el consumo de estupefacientes podríamos resumirlos en:

- El uso de drogas múltiples, cuando incluyen éxtasis, está asociado con la impulsividad, la aventura y la búsqueda de novedades.

- La pérdida del placer que asocian al uso del preservativo se ve agravada por los efectos de drogas como la cocaína, a la que atribuyen pérdida de sensibilidad sexual, lo que es utilizado como justificación para renunciar al uso del preservativo bajo los efectos de tal sustancia.

## 6. VIOLENCIA PATRIARCAL EN LAS RELACIONES SEXUALES JUVENILES

La desigualdad estructural entre mujeres y hombres se fundamenta y expresa a través de la violencia (Adán, 2019). Una violencia que opera desde el ámbito simbólico, hasta el psicológico y el físico. Experiencias de sumisión a los roles tradicionales dentro de la pareja, falta de conocimiento sobre el cuerpo y el placer femeninos, chantaje emocional, miedos y diferentes formas de violencia configuran el siguiente capítulo.

En el primer capítulo de esta monografía se establecieron algunos de los principales dispositivos que contribuyen no solo al mantenimiento, sino también al crecimiento y la reproducción del patriarcado en las sociedades occidentales: la socialización de género y la imposición del modelo heteronormativo, la división sexual del trabajo, la brecha salarial y hasta la brecha de sueños (de expectativas a partir de los 6 u 8 años de edad); el ideal del amor romántico, el matrimonio; la maternidad; la desvalorización de los cuidados y la imposición de potentes tiranías sobre los cuerpos de las mujeres. Pues, la dependencia de la imagen o de la estética corporal es una manifestación de la violencia estética patriarcal (García de León, 2012) y el ajuste a los cánones de belleza deviene en una forma más de discriminación.

La violencia marca los límites de lo permitido en la cultura del patriarcado (Adán, 2019), y la violencia simbólica legitima las condiciones previas para que ésta no se perciba como tal.

La masculinidad hegemónica instalada en el imaginario colectivo alimenta el miedo al sujeto masculino como un potencial agresor, controlador, violador o maltratador. Tales imaginarios se concretan, en demasiadas ocasiones, en violencia contra las mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Se trata de una escalera de la violencia (Ruiz Repullo, 2016) que pasa de la violencia del control a la simbólica, psicológica, física y sexual, teniendo al feminicidio como extremo (Sepúlveda, Chica Olmo y Rodríguez, 2018).



La desigualdad entre hombres y mujeres favorece la violencia de género y su impunidad, y al mismo tiempo, la amenaza de la violencia es un dispositivo político que mantiene dicha desigualdad (Varela, 2017). La expresión violencia de género alude al carácter estructural de este tipo de violencia, cuyos fundamentos son sociales, no individuales. Se huye así de la esencialización de las mujeres como víctimas y se pone el foco en el orden social, pues la victimización es una herramienta más del patriarcado (Adán, 2019; Hunnicutt, 2009). Para avanzar hacia su erradicación, Adán (2019:48) propone emplear "violencia patriarcal" como concepto aglutinador de: feminicidio, homofobia, lesbofobia, transfobia y demás violencias (sexual, obstétrica, económica, etc.).

Entre las múltiples formas de violencia atenderemos especialmente a la violación debido al lugar central que ocupa en nuestro corpus empírico. Numerosas autoras (Martín Alcoff, 2018; MacKinnon 2016; Brenner, 2013) insisten en las dificultades que conlleva su definición, superando marcos dicotómicos simplistas (víctima / agresor, mujer / hombre), y recomiendan usar modelos interseccionales para comprender las violaciones, incluidas las violencias sexuales grises o normalizadas.

Una de cada 3 mujeres en el mundo y en la Unión Europea han sufrido violencia física o sexual (WHO, 2013). En España son mujeres más del 90% de las víctimas de agresiones sexuales (con o sin penetración) registradas en 2018. El 68% de estas víctimas tienen menos de 31 años (Ministerio del Interior, 2019). Cada 5 horas se denuncia una violación en este país y se estima una media de 17 denuncias al día por violencia de género (Adán, 2019:12). En 2019 la cifra de mujeres asesinadas por violencia de género en España oscila según la fuente entre 55 (Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, 2019) y 99 (Feminicidio.net, 2019). En ningún caso estos datos reflejan toda la complejidad y gravedad del problema pues no contemplan ni las mujeres que se suicidan a consecuencia de la situación de violencia ni las que fallecen por enfermedades o lesiones causadas por la violencia de género.

El desalentador panorama dibujado por estos datos se produce en el mismo lugar y tiempo en que el movimiento feminista toma las calles y las redes sociales con movimientos como el "Me Too" (Sanyal, 2019), y España es capaz de convertir el Día Internacional de la Mujer Trabajadora (8 de marzo de 2018) en una exitosa huelga de cuidados, de trabajo y de consumo.

## II. METODOLOGÍA

---

A partir de la pregunta inicial *¿Cómo y cuándo se decide tener relaciones sexuales con y sin protección?* se procedió al diseño de una investigación sociológica a desarrollar con la colaboración de población joven, de 18 a 25 años de edad. A continuación se presentan los objetivos e hipótesis de partida.

### 1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

#### 1.1. Objetivos

1. Describir situaciones de implicación, corresponsabilidad anticonceptiva y otras estrategias de protección frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los miembros de parejas sexuales (esporádicas y estables) menores de 25 años de edad.
2. Analizar las lógicas de funcionamiento y los argumentos utilizados para defender el uso o no-uso de preservativos y otras barreras profilácticas entre la población menor de 25 años, de diferentes orientaciones sexuales.
3. Estudiar la relación entre la adopción de conductas preventivas frente a ITS y la vacunación contra el virus del papiloma humano.
4. Analizar las situaciones de uso y no-uso de barreras profilácticas, en relación a la ingesta de alcohol u otras drogas recreativas, en diferentes contextos y tipos de relación.

#### 1.2. Hipótesis

1. La responsabilidad anticonceptiva, en parejas heterosexuales, suele recaer en las chicas. Las preocupaciones de unas (embarazos no deseados) y otros (ITS) difieren. La corresponsabilidad anticonceptiva no se observa en las relaciones esporádicas ni en aquellas relaciones estables próximas al modelo tradicional patriarcal. Esta solo se observa en parejas estables en las que la chica es autónoma y la relación equitativa.

2. La percepción del riesgo no predice la conducta pues, como sujetos sociales, estamos sometidos a numerosas presiones, en ocasiones contradictorias. Nuestros actos responden a presiones situacionales y es a posteriori cuando intentamos darles sentido.
  - a. En las relaciones heterosexuales, el uso del preservativo se produce en los primeros encuentros íntimos y se abandona progresivamente a favor de la marcha atrás. La justificación de los chicos es la defensa del placer y la de las chicas la demostración de la confianza en sus parejas.
  - b. En las parejas homosexuales los comportamientos difieren según sean de chicos (más mentalizados de los riesgos de contraer ITS) o de chicas, siendo éstas menos conscientes de los riesgos y poco propensas a utilizar protección para el sexo oral.
3. El cáncer de útero no es percibido como un riesgo por las chicas, estén o no vacunadas contra el virus del papiloma humano. Las que sí están vacunadas se sienten más protegidas, aunque no renueven la vacuna en los plazos establecidos.
4. Las situaciones de fiesta y trasnoche, acompañadas de ingestas intensivas de alcohol u otras sustancias psicoactivas dificultan el uso de barreras profilácticas. Además, estas condiciones se asocian a situaciones de riesgo como relaciones sexuales no deseadas para los sujetos menos dominantes.

## 2. TÉCNICAS: DISEÑO Y EJECUCIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

A partir de dichas premisas, para desarrollar la investigación se optó por una metodología cualitativa. Las técnicas de producción de información empleadas fueron fundamentalmente los grupos de discusión y, de manera complementaria, las producciones narrativas en reuniones grupales que se emplearon para la difusión radiofónica de los resultados del proyecto. Estas técnicas se engloban en la metodología crítica. La producción narrativa toma como referencia la propuesta de Haraway (1991) sobre el conocimiento situado en un intento por superar el debate sobre la parcialidad de la mirada.

El grupo de discusión (Ibáñez, 1979; Martín Criado, 1997; Callejo, 2001) es una técnica de producción de información que permite asistir al proceso de construcción

del sentido que los participantes atribuyen a sus actos. De este modo se pretende comprender la realidad tal y como la perciben sus protagonistas, con sus propias categorías de percepción y valoración, con sus contradicciones y ambigüedades (Martín Criado, 2014). Un grupo de discusión consiste en reunir a una constelación de sujetos (entre 5 y 10, diría Ibáñez) para que discutan sobre un tema que les es propuesto por una persona que no conocen, el preceptor, y para una entidad que probablemente tampoco conocen (la financiadora del estudio). Los componentes del grupo no deben conocerse entre sí, este es uno de los requisitos metodológicos de la técnica. El grupo de discusión pretende superar la asimetría de la situación de entrevista, invitando a diferentes sujetos a que discutan sobre un tema en compañía de un preceptor/a no directivo (Martín Criado, 1997). No hay un guion prefijado, las derivas que va tomando el grupo indican los intereses del mismo y se constituyen en ejes centrales del posterior análisis.

En esta investigación se diseñaron y realizaron seis Grupos de Discusión en los que participaron 39 personas de distintas procedencias geográficas residentes en medio urbano de la provincia de Granada. Para la selección de las personas participantes, se recurrió al muestreo estructural, con el objeto de captar las variaciones discursivas posibles respecto al tema objeto de estudio en diferentes posiciones sociales. Los criterios de segmentación de la muestra fueron: género, orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual), situación sexo-afectiva y nivel de estudios.

**Tabla 1. Perfiles participantes en los grupos de discusión**

Grupo	Nº de Participantes	Género	Orientación Sexual	Estudios	Situación Socioafectiva	Edad
1	7	Mujeres	Bisexuales / lesbiana	Universitarias	Relaciones esporádicas	23 - 24
2	8	Hombres	Homosexuales	Universitarios	Relaciones esporádicas	20 - 23
3	6	Hombres	Heterosexuales	Estudios medios	Relaciones esporádicas	20 - 25
4	6	Mixto	Heterosexuales	Estudios medios	Relaciones esporádicas	20 - 25
5	6	Mujeres	Heterosexuales	Estudios medios	Relaciones estables (más de dos años)	18 - 23
6	6	Mujeres	Heterosexuales	Estudios medios	Relaciones esporádicas	19 -25

## 2.1. Provocaciones iniciales / preguntas para el desarrollo de los grupos

Se estableció, de forma consensuada, una provocación inicial para incentivar el diálogo entre las personas participantes. Debido a que los objetivos de la investigación requerían recabar información sobre un tema vinculado al ámbito de la intimidad como es el de la sexualidad, se preveía cierta autocensura que convenía atajar.

Por ello, en un primer momento se planteó una provocación lo suficientemente abierta como para que el diálogo surgiera sin dificultades. La provocación con la trabajamos al inicio fue "¿Cómo vivís actualmente la sexualidad?". Debido a que la pregunta generaba cierta confusión por ser demasiado abierta, decidimos cambiar la provocación inicial por otra que les remitiera a su experiencia inmediata y que se mantuvo hasta finalizar el trabajo de campo: "¿Qué es lo más difícil de ligar hoy día?".

Por otro lado y para el conjunto de los grupos, se elaboró una guía de provocaciones/ preguntas destinadas a abrir el debate y orientar el desarrollo de los mismos en caso de que la discusión se desviara demasiado de los objetivos planteados en la investigación.

Las provocaciones iniciales fueron las siguientes:

**Tabla 2. Guía de provocaciones/ preguntas para grupos de discusión**

### Preguntas generales para todos los grupos

- ¿Cómo decidís con quién y en qué situaciones tener relaciones sexuales?
- ¿Cómo os organizáis con los métodos de protección? (Qué usáis, quién lo compra, dónde, cuándo se utiliza...)
- En relación a lo que contáis sobre el uso de anticonceptivos ¿Qué pasa cuando bebéis un poco de más o usáis alguna droga?
- ¿Qué drogas van bien para tener sexo? ¿Cómo se usan?
- ¿Recordáis alguna mala experiencia que queráis compartir?
- ¿Qué experiencias propias o próximas de infecciones de transmisión sexual tenéis?
- ¿Qué me podéis contar sobre el porno/ juguetes sexuales/ relaciones simultáneas/ sexo en grupo...?

### Preguntas específicas para los grupos con mujeres (1, 4, 5 y 6)

- ¿Qué nos podéis contar de la vacuna contra el virus del papiloma humano?
- ¿Conocéis a alguien que esté y no esté vacunada?
- ¿Cómo funciona eso?

---

### Preguntas específicas para el grupo 5 (mujeres con relaciones estables)

- ¿Cómo se mantiene la chispa cuando la relación se estabiliza?
- ¿Qué tipo de relación tenéis (cerrada/abierta), cómo encajan otras personas en vuestra relación?
- ¿Cómo lleváis el tema de los celos?
- ¿Compartís vuestras claves personales, redes sociales, teléfono móvil con vuestras parejas? ¿Cómo lo gestionáis?

## 2.2. Estrategias de contactación

Para el proceso de contactar con las personas participantes empleamos tres estrategias diferenciadas siguiendo, de este modo, las recomendaciones de Bertaux (1993, 2005) respecto a la diversificación de la muestra con el objetivo de reducir los posibles sesgos. Esas estrategias fueron diversificar las líneas de contactación a partir de las redes personales de cada uno de los miembros del equipo y recurrir a las redes institucionales para acceder al alumnado de la Universidad de Granada.

Con los contactos proporcionados a través de las redes personales o institucionales, un/a investigador/a del equipo establecía una primera conexión vía WhatsApp y luego, a través de una llamada de teléfono, se formalizaba una breve entrevista para corroborar su adaptación al perfil buscado. Como elemento innovador e intentando adaptarnos a las vías de comunicación de la población objetivo, la tercera estrategia fue a través de redes sociales en dos etapas.

**1)** Se anunció la investigación y se invitó a la participación, exponiendo el perfil buscado y un número de móvil para que contactasen vía WhatsApp. En esta etapa el anuncio se puso en las redes sociales de las personas más jóvenes del equipo de investigación (Facebook, Instagram, Twitter), en perfiles de Facebook reconocidos y páginas Web. Esta vía, sin embargo, no funcionó.

**2)** Se publicó el mismo anuncio en una aplicación de empleo (Job Today). En el anuncio se hacía mención explícita a una "pequeña retribución económica" por la asistencia. Esta sería la principal diferencia con las estrategias anteriores y sí funcionó.

Con la estrategia del anuncio, las personas iban apuntándose en la oferta y mediante el chat de la aplicación, se contactaba con aquellas que podían encajar con el perfil. Luego, por esta vía, se pedía que respondieran a algunas preguntas

(edad, estudios, ocupación y estudios y ocupación de los progenitores). A las personas que cumplían los requisitos del perfil se les proponía una entrevista telefónica. Durante esta entrevista, además de informar sobre el estudio e intereses de investigación, se realizaban preguntas generales sobre la trayectoria de cada interesada/o (sobre parejas, relaciones esporádicas, orientación sexual, aficiones...). El objetivo de la conversación era principalmente, despejar la exclusiva motivación económica en la participación.

En todos los casos, tras las entrevistas telefónicas se mantenía un seguimiento del contacto vía Whatsapp y se intentaba fidelizar y asegurar la participación final en la actividad.

Uno de los elementos diferenciadores entre estrategias tiene que ver con la afinidad entre las personas participantes y el propio equipo. Mientras que con una estrategia de redes personales es esperable que las personas contactadas reproduzcan discursos más o menos previsibles, el hecho de ampliar las redes hasta el punto de que no exista ningún punto de conexión y control, podría llevar los grupos hacia una composición que se alejara del equilibrio que buscábamos entre homogeneidad y heterogeneidad, introduciendo participantes que se situaran en posiciones radicales. Para ello, las entrevistas telefónicas y el contacto vía Whatsapp se intensificaron en esta tercera estrategia.

Otro de los elementos diferenciadores consiste en que, mientras la persona contactada mediante redes personales se enteraba por alguien de la existencia de la investigación y cedía sus datos para que le explicáramos de qué se trataba, la contactada a través de redes sociales tenía información sobre cuál era el perfil demandado y se ponía en contacto una vez había decidido que encajaba y que le interesaba participar.

Con todo, la fase de contactación se extendió desde el inicio hasta el final de la realización del trabajo de campo y de los grupos de discusión, sin interrumpirse en ningún momento y centrándose en los perfiles requeridos para cada grupo a medida que se iban llevando a cabo.

### **2.3. Trabajo de campo a través de grupos de discusión**

El trabajo de campo se realizó en Granada entre marzo y julio de 2019. Se llevaron a cabo seis grupos de discusión en formato presencial, con un total de 39 participantes, 22 mujeres y 17 hombres.



Tres de los grupos contaban exclusivamente con integrantes mujeres (mujeres que tienen sexo con mujeres, mujeres heterosexuales con parejas de larga duración y mujeres heterosexuales con relaciones esporádicas); dos de los grupos conformados solo por hombres (hombres que tienen sexo con hombres y hombres heterosexuales) y un grupo mixto (mujeres y hombres heterosexuales).

Para la conformación de los distintos grupos se tuvieron en cuenta, además del nivel académico de las personas participantes, los estudios y la ocupación de su madre y de su padre, con el objeto de obtener una aproximación a la clase social de origen.

Los datos sociodemográficos se extrajeron a través de un cuestionario que las personas participantes rellenaron una vez finalizado el grupo de discusión (Anexos I y II).

En Anexo III se detallan los datos sociodemográficos y la estrategia de contactación para cada una de las personas participantes en la investigación.

Para reducir la asimetría entre las investigadoras y las personas participantes, en la investigación se encargó la moderación de los grupos de discusión a la integrante más joven del equipo, Inés González Calo, así como a dos colaboradores Álvaro Padilla y Yeray Blanco.

## 2.4. Transcripciones

La transcripción de los grupos fue asumida por el propio equipo de investigación. En el inicio de los mismos se explicó a las personas participantes el motivo de la presencia de grabadoras y el uso posterior que se iba a dar a los audios.

Todas las transcripciones son reflejo literal de lo dicho en los grupos de discusión. Se optó por realizar un tipo de transcripción literal aunque no fonética, para facilitar su lectura.

### 3. TÉCNICAS DE ANÁLISIS

El análisis cualitativo de los discursos producidos en los grupos de discusión se organizó a partir de un esquema de análisis derivado del planteamiento teórico y establecido a priori, completado posteriormente con información novedosa surgida del trabajo de campo y relecturas posteriores.

Las principales dimensiones de análisis son:

- 1) Reductos del patriarcado: primeros contactos, ligar, sexo/género, heteronormatividad, relaciones de dominación y poder.
- 2) Percepción del riesgo: ITS, VPH, embarazos, abusos... imaginarios y prácticas, experiencias previas y lógicas de acción.
- 3) Excusas y justificaciones para el no uso de protección (condón, barreras de látex...).
- 4) Corresponsabilidad anticonceptiva: quién propone el uso de protección, quién lo compra, lo aporta, lo paga, cómo se negocia... aspectos materiales, morales y emocionales de las negociaciones, variaciones de sexo/género.
- 5) Uso de alcohol y sustancias psicoactivas en relación con el sexo sin protección.
- 6) Estrategias de deconstrucción del patriarcado. Resistencias y cambios.
- 7) Relaciones e interdependencias con los proveedores de información y medios preventivos.
- 8) Educación sexual oficial (escuela, familia, servicios de salud) y extra-oficial (porno e internet).
- 9) Malas experiencias y violencias patriarcales: vivencias y formas de gestión.

Tras el análisis individualizado de cada grupo de discusión se procedió al análisis conjunto de los mismos. A partir de las categorías empleadas por las personas participantes, las oposiciones, las figuras retóricas, las condiciones de existencia y de posibilidad, la situación de producción discursiva, se ha procurado organizar la información para dar cuenta de las lógicas que operan respecto a un ámbito concreto de su experiencia.

Para profundizar en los resultados obtenidos con la técnica y contribuir a la identificación de saturación en los discursos fueron útiles, además de los grupos de discusión, seis reuniones grupales cuyo método se describe a continuación. Las herramientas de análisis del discurso fueron aplicadas a los discursos producidos en las diferentes situaciones de investigación con el objetivo de captar y comprender los modos de percibir la realidad (las categorías de percepción y valoración) y las lógicas que guían sus prácticas.

Los resultados de dichos análisis se presentan en esta monografía y, de manera más abierta, en formato radiofónico. A continuación, las intervenciones de cada participante aparecen identificadas con una letra (M, mujer o H, hombre) y dos números: el número del grupo de discusión y un número para cada participante dentro de cada grupo.

## 4. TALLER DE RADIO PARTICIPATIVA Y REUNIONES GRUPALES

En el proyecto de investigación presentado se planificó la ejecución de un taller de radio participativo con alumnado del Grado de Sociología (Universidad de Granada), con el objeto de difundir los resultados de la investigación en formatos y en canales que lleguen mejor a la población general joven. La finalidad que se planteó para este taller era la creación de podcast o productos radiofónicos que contribuyesen a la reflexión y al cambio respecto a las problemáticas investigadas.

A consecuencia de la pandemia de coronavirus y las medidas de confinamiento, este taller se tuvo que adaptar a un formato online. Anteriormente el equipo contaba con una sala de radio proporcionada por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada, en la que se hicieron prácticas y varias grabaciones en 2019.

El taller de radio participativa se ha impartido en sesiones virtuales periódicas a través de videoconferencia entre los meses de abril y julio de 2020. Los contenidos formativos incluyeron la realización de programas de radio en diversos formatos, la elaboración de guiones de entrevistas radiofónicas y la realización de las mismas, la formación en grabación y edición de audio a través del software libre Audacity, en la difusión de podcast a través de Ivoox y en la creación de blogs. En dicho taller se formaron Raquel Latorre, Ana López e Iseo Morillas, alumnas de último año del Grado de Sociología, que realizaron sus prácticas externas vinculadas a este proyecto de investigación.

Estas jóvenes sociólogas asumieron la iniciativa de diseñar y producir los 5 primeros programas de [Radio Placeres](#). Para la elaboración de estos productos radiofónicos participativos realizaron reuniones grupales con personas jóvenes, contactadas a través de sus redes personales.

En total celebraron 6 reuniones grupales con 21 personas participantes entre los meses de abril y mayo de 2020.

**Tabla 3. Perfiles participantes en las reuniones grupales**

Reunión grupal	Nº de participantes	Género	Orientación sexual	Estudios	Edad	Lugar
1	2	Hombres	Heterosexuales	Universitarios / Medios	23 años	Vivienda propia
2	4	Mujeres / Hombre	Heterosexuales / Homosexual	Universitarios / Formación Profesional de Grado Superior	20-25 años	Videoconferencia
3	5	Mujeres / Hombre	Heterosexuales / Bisexual / Homosexual	Universitarios / Formación Profesional de Grado Superior	20-25 años	Videoconferencia
4	3	Mujeres / Género no binario	Bisexuales	Universitarios / Formación Profesional de Grado Superior	22 – 23 años	Videoconferencia
5	3	Mujeres	Heterosexuales	Universitarios / Formación Profesional de Grado Superior	19 – 23 años	Videoconferencia
6	4	Mujeres	Heterosexuales / Bisexual / Lesbiana	Universitarios / Universitarios / Formación Profesional de Grado Superior / Secundaria Obligatoria	Relaciones esporádicas	Videoconferencia

Aquí las provocaciones iniciales o los detonantes del debate fueron los resultados obtenidos en el análisis de los grupos de discusión. Estas reuniones fueron grabadas con el consentimiento informado y explícito de las personas participantes para poder emitir sus voces en programas de radio.

Las grabaciones se minutaron y analizaron cualitativamente. Para el montaje de los programas se emplearon extractos de audio de dichas reuniones grupales que permitieran ilustrar el análisis locutado por las jóvenes sociólogas, autoras de dichos productos radiofónicos. Sus reflexiones, variaciones discursivas y resultados

se mostraron consistentes con los obtenidos de los grupos de discusión. De modo que refuerzan, matizan y, en ocasiones, saturan los resultados iniciales.

Con estos productos radiofónicos que conforman [Radio Placeres](#) se pretende contribuir a la difusión del conocimiento sociológico, al emplear un medio con mayor potencialidad de llegar al gran público. Compartir en abierto la voz de las personas participantes surge de la necesidad de entenderles como sujetos agentes con subjetividad y voz propia. Reproducir directamente sus discursos contribuye a reducir la (re)interpretación de los mismos. La propuesta es innovadora y se presenta como una forma de resistencia a la relación tradicionalmente jerárquica entre equipo investigador y participantes. Este formato es más ameno, más plural y colectivo y tiene una mayor capacidad para llegar a la población. Para difundir estos podcast se creó el espacio web [Radio Placeres](#) y perfiles en Instagram, Twitter e Ivoox.

Los programas o podcast que actualmente se comparten presentan resultados y conclusiones provisionales, sujetas a cambios y modificaciones como corresponde a una realidad compleja y cambiante. No pretende ni ser exhaustivo ni definitivo pues no se ha logrado la saturación en algunos de los muchos ámbitos tratados. Solo constituyen un punto de partida que busca enriquecerse con nuevas y continuas aportaciones.

### III. RESULTADOS

---

### 1. VARIACIONES DISCURSIVAS SOBRE LAS RELACIONES SEXO-AFECTIVAS

Algunos de los principales dispositivos que contribuyen no solo al mantenimiento, sino también al crecimiento y la reproducción del patriarcado en las sociedades occidentales son: la socialización sexo/genérica y la imposición del modelo heteronormativo, el ideal del amor romántico que culmina en el amor para toda la vida, para lo bueno y para lo malo, con el matrimonio monógamo y la maternidad; la división sexual del trabajo y la desvalorización de los cuidados; la imposición de potentes tiranías sobre los cuerpos de las mujeres... Estos dispositivos, entre otros muchos, contribuyen al mantenimiento de relaciones en condiciones desiguales para ellas y para ellos. Desigualdades que se reflejan en las formas de relacionarse: desde el modo de acercarse al otro o tomar la iniciativa para salir hasta al modo de proponer relaciones sexuales y de negociar el cómo, el dónde, el cuándo y en qué estado. ¿Qué estrategias de búsqueda de placeres y de evasión son empleados y cómo se negocian y combinan?

#### 1.1. De la reivindicación de la reciprocidad sexual a la sumisión al modelo tradicional

En el contexto de la sociedad española del 2020, con una estructura social patriarcal donde tanto hombres como mujeres han aprendido y reproducen comportamientos que subordinan a la mujer, en nuestro corpus empírico encontramos, en el marco de relaciones sexuales entre mujeres, un discurso feminista (GD1) que hace uso de la figura de un "nosotras" como un sujeto activo que puede y tiene que ejercer su libertad e "imponer" sus deseos o realidades a los hombres. Pero también, en el marco de las relaciones heterosexuales, un discurso más tradicional entre las chicas con relaciones estables con hombres (GD5) y una posición en transición en las chicas de origen obrero con relaciones esporádicas (GD6). En este último grupo, el GD6, se reproducen los estereotipos tradicionales de género fundamentados en el orden heteronormativo preestablecido sin cuestionárselo. Por ejemplo, ellas depositan sus expectativas en los hombres y rechazan lo que no encaja con esos estereotipos: se quejan cuando ellos "la tienen pequeña" (M66; M62; M64; M65), "duran poco" (M63; M64; M66) o "no se saben

mover" correctamente (M66; M62). Argumentos que ponen de manifiesto la persistencia del falocentrismo y la centralidad de la penetración. En este sentido parece apreciarse un papel sumiso y pasivo de la mujer que no alcanza a proponer alternativas a la penetración.

Sin embargo, la ambigüedad discursiva del GD6 se manifiesta en que simultáneamente son capaces de pequeñas subversiones como apropiarse de ciertas prácticas sexuales tradicionalmente relacionadas con el rol masculino, ya sea al tomar la iniciativa (M64), tener un rol "activo" durante el sexo (M64; M65; M63): "que no sé vosotras en la cama pero yo también mando" (M65); expresar sus deseos sexuales; hablar de o practicar la masturbación (M63; M65; M61; M66) o establecer las reglas del juego: "Ahora ya lo que me apetece es... pues pasar un ratito y tampoco volver a ver a la persona, porque tampoco me gusta repetir..." (M64).

Más igualitario se muestra el GD1 pues es donde aparece la mujer como sujeto protagonista de los cambios que se están introduciendo en la sociedad en general y en las relaciones íntimas en particular: dejar de depilarse, cuestionar la lógica del falocentrismo (M13) y el modelo machista que se desprende de la pornografía, donde la mujer aparece bajo unos "cánones" de belleza, siendo ella el centro de la excitación y el deseo sexual. Para ello se asume que son las mujeres quienes deben "romper" con ese modelo imponiendo sus deseos y realidades en el ámbito afectivo y sexual (M13). Se cuestiona el papel de la mujer en la dinámica tradicional de uso del preservativo, donde ella tiene que insistir para que él utilice un condón o ceder en caso de que él no quiera usarlo.

También reivindicativos son los discursos producidos por el grupo de chicos universitarios que tienen sexo con chicos. En el GD2 se observa la polarización del discurso entre "libertad sexual" o promiscuidad (cuestionada socialmente) y el "amor verdadero" (el moral). Llegan al consenso en torno al discurso legítimo de la tolerancia con la diversidad de modelos sexuales, desde el modelo promiscuo hasta el modelo romántico, y de no juzgar a quienes opten por uno u otro.

H24: Creo que eso es ya al gusto de cada uno.

H28: Obviamente, sí.

H24: A quién le guste 20 en una semana pues ale

H25: Divino



Tal vez el menos reivindicativo sea el grupo de chicas con relaciones estables, el más tradicional. El campo semántico del GD5 es diferente del resto, éste se caracteriza por el fuerte arraigo de la moral católica puesta de manifiesto en el uso de términos como: culpa, arrepentimiento, remordimiento, perdonar...o al hablar de la fidelidad / infidelidad en la pareja. Aun así, en este grupo se defiende la independencia (M52 y M54): el espacio, las redes personales y el tiempo propios. Hasta la idea romántica de estar todo el día juntos es rechazada por antigua: "es cosa de los abuelos":

M52: Sí, nos han enseñado la idea romántica de la pareja idealizada todo el día juntos... todo que... no, cada uno tenemos que tener nuestro espacio, nuestro círculo...

M54: Nuestros abuelos, de que iban a todos lados juntos, con sus amigos juntos, y eso hoy en día pues no es así, cada uno necesita su espacio y necesita su momento de paz y de soledad. (...) nos vamos a mudar juntos en verano y cada uno vamos a tener nuestra habitación porque yo no podría estar en una... porque tenemos horarios muy distintos, cada uno también (...) no sé... yo lo quiero mucho pero necesito mi respiro.

Ese debate sobre la necesidad de mantener las redes y los espacios propios también se lo plantean los chicos del GD3, aunque en términos más individualistas y psicologicistas pues hablan de la necesidad de "ser tú mismo" independientemente del tipo de relación. Así, H32 remitiéndose a su experiencia personal, refiere el riesgo de perder colegas y aficiones por dedicarse demasiado a la pareja. Otros participantes consideran que siempre se producen cambios personales "para gustar a otras personas" (H31, H33). H34 expone la necesidad de equilibrio entre ambas posturas, para no perderse uno mismo, como le ocurrió a H32 en una de sus primeras relaciones.

*"Para qué vas a cambiar toda tu vida por una persona, como le ha pasado a tantos también que han cambiado toda su vida, 'soy un hombre nuevo, ya no salgo con los amigos, nada más que con la novia'. Va la novia, se acuesta con otro, y estás solo, sin amigos, sin deporte, sin banda de música... Te has hecho polvo tu vida por la novia y al final, pues lo que tenías, tu seguridad por así decirlo ha desaparecido totalmente" (H32).*

Sin embargo, algunos chicos del GD3 consideran que han aprendido a relacionarse y han mejorado gracias a las relaciones afectivas que han tenido con chicas: H31 considera que aprendió a tratar a las mujeres y H34 que aprendió a controlar su genio y su impulsividad.

H33 se adiestró en el entendimiento y la tolerancia hacia las diferencias culturales. H36 destaca lo que aportan y enriquecen mutuamente las relaciones de pareja. Pero, no todos comparten esa visión positiva de las relaciones de pareja: H35, por ejemplo, reconoce sus sentimientos de inseguridad y, como hemos visto, H32 relata que se encerró en la relación y perdió sus amistades.

## 1.2. Ligar: entre las metáforas de la caza, la pesca y la agricultura

Los chicos heterosexuales emplean estrategias discursivas muy variadas para referirse al proceso de ligar. En un polo se situarían los chicos del GD3 que recurren a las metáforas de la caza y la pesca para referir su forma de ligar para relaciones de una noche (H34, H31) y metáforas agrícolas para cuando lo que buscan son "relaciones más serias", que exigen trabajo y dedicación continuados:

H34: Es el rol que tienen digamos las dos personas a la hora de ligar. En plan, uno quiere ligar, el otro no, o sí (...) tampoco he ido en plan, a saco, por ejemplo, mi hermano sí. Con la escopeta, y en plan, conejos, pum, pum, pum (hace como que dispara). Ha ido a cazar.

H31: Hombre, va con la caña tirada, con la red de arrastre (...)

H34: Si tú por ejemplo quieres ligarte a una persona en un rollete de una noche o lo que sea pues lo intentas, que te dice que no, pues bueno, allí hay otra, y vas a buscar a otra. Pero si quieres una relación más seria yo creo que te lo trabajas más. Es como poner un huerto, te pones ahí durante meses, trabajando, trabajando, trabajando, hasta que de fruto, y si no, pues ya está, pones otro en otro lado.

Estos chicos con estudios secundarios y relaciones esporádicas, consideran que hoy en día sigue habiendo hombres que recurren a las antiguas técnicas de caza y pesca. Este tipo de asociaciones lleva a una chica del GD4 a rechazar el término "ligar" pues lo equipara con salir a calibrar al ganado: "muchas veces cuando se nos plantea la idea de ligar es ya... que vemos a las personas como si fueran ganado" (M45).

En ese grupo mixto, el GD4, ligar se asocia también a agresividad: "estamos todos a garras". "Ligar" se rechaza porque suena a algo artificial, forzado. Además, ligar remite a la cosificación y mercantilización de los cuerpos operada a través de Apps como Instagram, Tinder, Grindr "también por culpa de las redes sociales, sobre todo Instagram y Tinder, y Grindr, y todas esas. Porque al final es, mercantilizar a las personas" (M45).

En el campo semántico del GD3, además de las mencionadas y recurrentes metáforas a la pesca y la caza, aparecen los "cuernos". Quienes han vivido desengaños amorosos atribuyen a esas experiencias su falta de ganas y/o facultades amoratorias: H34 y H31 consideran que su desconfianza en la gente les impide ligar:

*"Sí que me pusieron una vez los cuernos entonces, a la siguiente vez que tú intentas ligar pues ya vas con un no en tu mente pero todavía más grande, entonces hasta que... rompes con eso, cuesta" (H34).*

De diferente modo se expresa el universitario del grupo, H36 plantea un discurso liberado a la hora de ligar o buscar sexo, sin dificultades ni justificaciones, dejándose fluir, siendo claro en las intenciones y sin miedo al rechazo. Refiere relaciones abiertas que él mismo considera marcadas por el círculo universitario en el que se mueve. Además, H36 argumenta que es fundamental aprender a asumir el rechazo, "nos llevamos palos muchas veces en la vida pero yo qué sé, hay que ir siempre de buena voluntad". En general, los chicos sean de la orientación sexual que sean coinciden en el miedo al rechazo como principal dificultad para entablar nuevas relaciones.

El debate sobre ligar sirve de plataforma para que un chico del grupo mixto introduzca la primera referencia a la formación feminista que ha recibido y le ha servido para entender las desigualdades de sexo/género y cuestiones referentes al respeto, el espacio propio y la consideración del / la otra/o. "Voy a ligar", cuando era más joven (H44, 23 años) "estaba mucho más condicionado y no tenía tanta conciencia sobre los espacios personales, el respeto y tal, sí que sentía. O sea, sentía no, que tenía condicionamiento de voy a ligar". Con el tiempo se dio cuenta de que con esa táctica intentaba "saciar una inseguridad".

Los hombres que tienen sexo con hombres (GD2) centran su interés en los lugares pues para ligar buscan lugares seguros, entornos cómodos donde no se perciba el riesgo de respuesta homófoba al "lanzar ficha": Apps, discotecas de ambiente, cruising (como posibilidad, no como experiencia explícita) y el uso de aplicaciones (Apps) para ligar. Sobre éstas, el GD2, señala tanto aspectos positivos como negativos. Los aspectos positivos: más fácil gestionar el rechazo, menos miedo (H24). Son un primer filtro (H26). Facilitan "echar un polvo de una noche", sin necesidad de apenas comunicación verbal (H24). Entre los aspectos negativos: Son frías y te convierten en objeto (H28, H23), no hay contacto cara a cara, no sirven para quienes la atracción se basa en movimientos, gestos, etc. (H27). "En una aplicación tenemos menos cosas en las que fijarnos, menos datos de esa persona" (H23).

H26: ¿Por qué el contacto por una aplicación tiene que ser por ley...? (...)

H28: Las aplicaciones yo creo que son más una quimera.

H25: Yo he tenido dos relaciones largas a través de la aplicación.

Estos chicos refieren Apps de ligue rápido como Grindr (permite ver fotos de partes del cuerpo), incluso como forma de excitación para la masturbación frente a la pantalla, sin llegar a tener contacto físico. Los hombres pueden follar mucho pero controlando el cómo y con quién, sin salirse del mandato heteronormativo porque como sostiene H28, una característica del patriarcado son las jerarquías y los hombres heterosexuales están arriba:

*"Los hombres siempre como estamos todos muy por encima con respecto a las mujeres y hemos podido disfrutar de la sexualidad, pero siempre, dependiendo de cómo lo hacías y de qué manera, o sea...si fuera con una mujer sí, pero con un hombre no. Y cuando hemos tenido un poco más de aceptabilidad pues sí que hemos tenido un poquito más de libertad en eso pero (...) la homofobia interiorizada hay mucha gente que todavía la tiene dentro" (H28).*

Algunos chicos heterosexuales del GD3 se muestran apabullados ante la posibilidad de sexo con desconocidas que toman abiertamente la iniciativa a través de las Apps de citas:

H31: Yo por ejemplo tengo... Ahora en Instagram es muy fácil que te hable cualquiera, o hablarle tú a cualquiera, y yo últimamente me han llegado dos que ha sido como... Una me dijo, voy para tu pueblo, alquilo un hotel y te vienes. Y yo, no. A mí esas cosas por ejemplo me echan para atrás. El rollo de una noche sin conocer a esa persona me echa para atrás.

H35: No... claro, es que eso no...

H31: Que vaya tan directa...

H34 expresa trivializando los miedos asociados a los riesgos derivados de los encuentros sexuales a través de Apps:

*"O tirar la caña o es burundanga, ¿sabes? [Risas]... Y que vendan tus órganos...Y en vez de ser Lucía es un tío esperando en tu puerta" (H34).*

¿Qué pasa con las chicas, cómo usan las Apps? Las chicas se expresan menos en explicaciones sobre los usos que hacen de las Apps aunque sin negar su uso, tal vez, porque como recuerdan algunos chicos, la doble moral patriarcal contribuye

a que ellas lo mantengan más en secreto. Acabamos de ver como algunos chicos rechazan a las chicas empoderadas o que toman la iniciativa (H31). Ellos las quieren sumisas y si disfrutaban mucho del sexo las descalifican: a ellas se les considera "perras", para ellos follar mucho es un "triunfo".

Entre ellas como ya hemos visto predomina la lógica de la confianza, también para dar el primer paso para mantener relaciones sexuales con otra persona. En el GD1 sostienen que sean hombres o mujeres, se guían por la "confianza" que resulta imprescindible para sentirse "segura", "cómoda", sin presiones o sensaciones de que le van a "hacer daño". Esta confianza es más fácil percibirla cara a cara que a través de Apps, sostienen.

## 2. PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y SEXO CON PROTECCIÓN

El preservativo es el método preventivo más incorporado y accesible para la población joven: disponible en supermercados, locales de ocio nocturno, farmacias y máquinas expendedoras, en ocasiones, distribuido por centros de salud, progenitores e institutos. No obstante, su uso no es sistemático ni consistente entre la población analizada. Numerosos relatos configuran un imaginario colectivo en su contra: rompe la magia del momento, corta la excitación, resta placer y sensibilidad, huele mal, se rompe, genera desconfianza...

En realidad la percepción y el uso del condón dependen del sexo/género, de la orientación sexual, de las relaciones de poder establecidas entre los miembros y de la estabilidad de la relación: el uso del condón aparece como una "regla de oro" en los primeros encuentros sexuales entre parejas heterosexuales y entre los hombres que tienen sexo con hombres para el sexo anal. Sin embargo, la diferencia entre lo que "se debe hacer" y lo que finalmente "se hace", aparece matizada por las circunstancias del momento: que la pareja sexual inspire confianza, que no haya condón, que se esté "de fiesta"... Cuando el sexo es entre mujeres se impone una sensación de invulnerabilidad que las lleva a no usar protección. El desconocimiento y la ausencia de campañas de prevención orientan a este colectivo a asumir mayores riesgos.

Cuando se está ante relaciones heterosexuales, se observa una clara distinción entre el cuidado preventivo del embarazo y la prevención del contagio de ITS: por un lado, el uso de pastillas anticonceptivas, la píldora del día después o la interrupción voluntaria del embarazo contribuyen a la reducción de la percepción

del riesgo de embarazo (al verse atenuadas sus consecuencias), y al abandono del condón. Por otro lado, cuando sí utilizan el condón, su asociación a la prevención de un posible embarazo o a la protección frente a las ITS se verá matizada por el tipo de relación y por las experiencias previas.

En este sentido, emergen diferentes lógicas de actuación: la lógica preventiva del cuidado que supone la incorporación de rutinas preventivas que se mantienen en cualquier situación; la lógica de la confianza, en la que se abandona el condón en favor de la "confianza" en la pareja sexual, y, la lógica del placer en la que prevalece la búsqueda del placer construido desde la espontaneidad y la relajación sobre todo lo demás. Se desarrollan estas lógicas más adelante, para centrarnos ahora en cuáles son los usos del condón.

## 2.1. Protección en las relaciones chica-chica y chico-chico

La dificultad que encuentran las chicas en términos de autonomía en el ámbito de la prevención, se hace evidente en sus reflexiones sobre el desconocimiento y la dificultad de acceso a los métodos preventivos diseñados exclusivamente para ellas (preservativo femenino, barreras de látex,...). La ausencia de información, formación, difusión y distribución de medios de protección específicos es la tónica en lo que respecta a las mujeres que tienen sexo con mujeres.

Asistimos en el GD1, configurado por mujeres que se autodefinen mayoritariamente como bisexuales, al proceso de construcción cooperativa del sentido que esta realidad supone para su seguridad y su salud. Ellas nos remiten a la "carencia" (M12) de información, de visibilidad y de acceso a esas medidas preventivas. Con acceso se refieren al precio de estos productos, a la disponibilidad y a la recomendación de su uso:

*"Me interesa mucho el tema del sexo y es verdad que hay anticonceptivos que son una especie de mini preservativo que te pones en la lengua pero... ¿dónde vas ahora tú a encontrar eso para ponerte en la lengua y...? (...) Lo mismo que compras un preservativo en una máquina de un euro ¿por qué no puedes encontrar lo otro también...?" (M12).*

La falta de conocimiento se evidencia en sus comentarios sobre el tema pues no muestran consenso inicial sobre cuáles son los métodos de prevención diseñados para mujeres, ni sobre cómo se utilizan:

M17: Claro, pero el preservativo femenino...

M12: Es el que se utiliza dentro de la mujer ¿no?

M11: Claro, sigue siendo masculino...

M16: No... las barreras de látex...

M17: Las barreras de látex... si, lo que pasa es que esto está más... en medios de habla inglesa, aquí en España estas cosas no sé por qué pero para mí que nos llegan un poquito menos (...). Aquí en España, Amantis sí las vende (...) muy poquita gente sabe que existen, tú te coges una caja de preservativos normal y corriente, lo abres, cortas la cánula, cortas el ese y ya tienes una barrera de látex, se acabó... y eso lo puedes utilizar con... con tu pareja, o sea se supone, me parece que se usa en plan en frente de los labios ...

M12: Pero es algo así como lo que digo yo ¿no? Que es un pequeño capuchón para la lengua...

Para las chicas del GD1, el uso de condón se vincula claramente al sexo con hombres y a evitar la concepción; al sexo con otras mujeres no le atribuyen ningún riesgo de contagio de infecciones, razón por la que no usan ningún tipo de protección. También las chicas del GD6, tras diferenciar entre el uso del condón para la penetración vaginal y el sexo oral, confirman el no uso del condón en este último, lo que concuerda en los resultados de investigaciones previas (Castro Calvo et al., 2016).

"Nunca he estado con una chica que me haya dicho, o sea ¿usas algo? (...) En la vida... en cambio con un chico ya... el preservativo es como preconcebido ¿no?" (M14).

La percepción de "invulnerabilidad" (Dolan y Davis, 2003) se aprecia claramente en el GD1 cuando hablan del sexo entre mujeres y lo fundamentan en el desconocimiento y la invisibilidad de una realidad que reclama atención. Solo una de las participantes muestra inquietud (M12) ante el riesgo de contagio de ITS a través del sexo oral o por compartir juguetes sexuales.

Lo que se percibe como una "carencia", un ejemplo más de la falta de "visibilidad" (M12) y de desigualdad respecto a los hombres, que sí tienen acceso a medios de prevención asequibles. Respecto al sexo con hombres, también expresan una falta de conocimiento y de acceso (en términos de precio y de disponibilidad) a medios que den autonomía a la mujer, como es el caso del preservativo femenino.

Por su parte, los chicos que tienen sexo con chicos plantean el uso de preservativo como "la regla de oro" (H26), si bien, en la práctica, limitan su uso a la penetración anal.

Esta "regla de oro" no es asumida del mismo modo por todo el colectivo ni para todas las prácticas sexuales, pues desaparece cuando se trata de sexo oral:

"Yo según. Si la cosa va a ir más lejos de una chupipaja o comerte el rabo, pues me voy a llevar condón y ahí pues ya pa'lante, pues ya está bien" (H24).

El uso del preservativo suele limitarse a la penetración pues rara vez escuchamos referencias a su uso para el sexo oral (independientemente de la orientación sexual). Solo la duración de la relación establece patrones diferenciales:

"Yo es que ahí cuando sale el condón es cuando entiendo que va a haber sexo anal, sino no lo entiendo. Excepto si es mi pareja, que ya entonces...." (H27).

Atribuyen la incorporación de la lógica preventiva a experiencias previas o cercanas, como consecuencia del miedo experimentado tras una experiencia de contagio:

H22: Yo es que acabé sin condón y dije nunca más. La regla ya me la salté una vez y dije, no, no.

H25: Qué susto mi niño.

Descubrimos también el desarrollo de estrategias indirectas de prevención como, por ejemplo, evitar tener relaciones con hombres que toman la PrEp (profilaxis pre-exposición al VIH). Tal vez, como modo de alejarse de quienes tienen más contacto con seropositivos o menos apego al uso del preservativo: "Lo de la PrEp esa me pone mucho de los nervios y nunca lo haría con una persona que me dice tomo PrEp" (H22).

En suma, los participantes del GD2 afirman utilizar condón en sus relaciones esporádicas. Aunque alguno revela que hay muchos hombres que no utilizan preservativo en locales para ligar, como en el que trabajó él, y apunta: "todos alguna vez hemos pecado" (H25).

Apelan al desagrado que produce el preservativo al chuparlo o a argumentos pseudo médicos para rechazar su uso. Resulta significativa su clasificación de las prácticas sexuales asociadas al riesgo: el condón, como método incuestionable, sólo es aplicable a ciertas formas de penetración. Cuando la pareja se percibe estable y quieren dejar de utilizarlo, optan por hacerse analíticas.



## 2.2. Protección en las relaciones chica-chico

En relaciones heterosexuales, mientras las mujeres no dispongan de métodos accesibles, cómodos y eficaces que puedan utilizar directamente en sus cuerpos, se verán condicionadas por la voluntad e intereses de sus parejas masculinas respecto a utilizar el condón masculino.

Las participantes del GD1, que no emplean barreras profilácticas con otras chicas, defienden la necesidad de utilizar preservativo en el sexo con hombres (M12, M11, M14) aunque, a menudo, sus prácticas sexuales contradicen este discurso dominante y prescinden del condón. Perciben el uso de preservativo masculino en las relaciones sexuales con hombres como algo "preconcebido" (M14), como "una ley" (M12) que, a menudo infringen (M14, M13, M11, M15).

El uso del condón en relaciones sexuales con hombres, se percibe como una responsabilidad que recae sobre las mujeres que siempre están "dispuestas" a recurrir a ellos y, en ocasiones, reclaman su uso, mientras que los hombres ejercen una "presión" sobre ellas para que no se utilicen (M11). El hecho de que los chicos mantengan esa ambivalencia ante el uso del preservativo, se traduce en que ellas tengan que asumir la responsabilidad o autonomía de tener preservativos. Como afirma M12: es la forma de estar siempre "prevenida" y de "cuidar mi cuerpo". En este sentido reclaman la corresponsabilidad de los hombres en la prevención y los cuidados.

Los chicos del GD3 coinciden en su percepción negativa del preservativo. Solo dos chicos afirman usarlo siempre (H32 y H34) mientras que los demás participantes se muestran poco dispuestos a colocarse un condón. No son ellos quienes proponen utilizarlo, confían en que la chica esté tomando anticonceptivos (H33), y en algunos casos justifican la indolencia si ella no exige el condón con firmeza. De nuevo la responsabilidad recae sobre ellas.

H36: La verdad es que el tema condón es un tema que tengo muy olvidado, y soy consciente de que debería usar mucho, debería protegerme, no solo por mí sino por cualquier otra persona.

H31: Por la otra persona

H36: ¿Sabes? Pero vamos, eso es como el no fumes, y sí fumo. Solo que en uno me jodo a mí mismo y un condón...

En los casos en los que no se utiliza condón, ni existe confianza con la pareja sexual, se recurre a la "marcha atrás" o "a las malas, una mamada... y ya está" (H31).

Ratificando de este modo la asimilación del condón a la prevención del embarazo, y olvidando su utilidad para la prevención del contagio de ITS.

El debate entre los hombres del grupo mixto (GD4) pasa del discurso legítimo del "siempre con condón" en relaciones esporádicas a la posibilidad de consensuar su abandono tras realizar análisis clínicos de ITS (H41), y al reconocimiento de que no siempre la práctica se ajusta a los preceptos salubristas:

*"Es lo correcto. Si te pone, pónitelo [Risas] (...) Pero no siempre pasa. No siempre pasa. No siempre tienes condones en la cartera ni nada de eso. Pero hay que usarlos, hay que usarlos" (H42).*

Los chicos heterosexuales que se presentan como más precavidos son precisamente aquellos que participan en este grupo mixto (GD4), probablemente condicionados por la situación de producción discursiva que pone en juego su prestigio y su aceptación ante las chicas del grupo. Y es que en este grupo participan chicas como M45, que tiene muy incorporada la lógica preventiva y habla del uso del doble método con las parejas esporádicas y de la píldora con la pareja estable. "Siempre, siempre" con protección, sostiene. Se trata, además, de la única mujer de todos los grupos de discusión realizados que afirma utilizar el preservativo femenino y que no tiene quejas sobre él:

*"Yo al menos en mi caso, si es personas con las que es sexo esporádico y que esas personas van a tener más parejas sexuales, siempre, siempre, siempre preservativo. Si puede ser preservativo masculino adelante, sino, femenino. Si tengo una pareja estable, monógama con la que sé que esa persona no me va a poner los cuernos y esas cosas pues ya no utilizo el preservativo pero yo siempre me tomo la pastilla anticonceptiva" (M45).*

Esta chica (M45) introduce el argumento del placer atribuyéndoselo a los compañeros sexuales de forma irónica y visibilizando sus estrategias de negociación:

*"Te dice: 'Ay no, es que no siento lo mismo con el preservativo'. Y es como, mira, mmm... pues no vas a sentir nada si no te lo pones [Risas]" (M45).*

También algunas de las chicas con pareja estable de larga duración utilizan condón (M51, M53, M54, M56) y varias usan la marcha atrás frecuentemente (M54) o en los casos en los que no se está muy "consciente" (M53). En una posición extrema se sitúa M52 al sostener no utilizar ningún método de prevención, "nada". Otra participante (M55) toma pastillas anticonceptivas, pese a que se quedó embarazada mientras usaba ese método.

La anticoncepción hormonal es criticada por asimilarse a estar medicadas durante años de vida fértil; temer sus posibles efectos secundarios y, en sus propios términos, porque "no me apetece meterme un chute de hormonas" (M51).

*"También es que es un tema un poco machista porque (...) con una persona que a lo mejor conoces y vas a mantener relaciones sexuales con ella... no, no, yo condón no, tal, no sé qué. Y siempre es como que lo tenemos que utilizar nosotras ese chute de hormonas como dice ella, o llámese anillo o cualquier tipo de anticonceptivo, siempre lo tenemos que usar nosotras" (M52).*

Sin embargo, entre las chicas del GD6 se prescinde del uso del condón (M61, M64) o su uso sólo en determinadas ocasiones (M63, M62, M65). En este Grupo, se hace hincapié en las excusas que esgrimen sus compañeros: la responsabilidad pasa a ser aquí de ellos que no quieren utilizarlos por diferentes motivos (ver a continuación, argumentos anti-condón). Entre estas chicas heterosexuales (GD6) se aprecia falta de experiencia y cierto desconocimiento sobre el preservativo femenino, así como desagrado expreso en la única participante que lo ha probado (M65):

M62: ¿Y el condón de tías los habéis utilizado?

M63: Umm?

M62: El condón de tías...

M66: ¿De tías?

M63: Nunca... Y eso cómo va...

M62: Te lo metes tú...

M66: Y tiene un anillo pa' que te lo metas... tiene que ser súper raro...

M64: Es como un condón pero yo creo que es como más rígido para que no se te meta pa' dentro...

M65: Yo es que lo he utilizado y a mi sinceramente no me gusta nada... yo prefiero el de los tíos y ya está...

M66: Es que dicen que... que no se siente lo mismo, o sea que es peor que el de tíos.... No sentimos nada supuestamente ¿no?

M65: Es que no sé, no... a lo mejor yo no tenía mucha experiencia o algo, fue

la primera vez y dije: A tomar por culo, me pongo uno normal porque era una sensación todo raro, a mí no me gustó... y como también tenía miedo de... no veas tú, de tanto roce de meterla y sacarla, digo: A ver si a lo mejor no se me va a meter... o algo... ya...

Estas chicas de orientación heterosexual tampoco recurren al condón para mantener sexo oral. Es más, se extrañan y se burlan de esta posibilidad: "Pero chuparla con condón es como chupar un bolsa de plástico... [Risas]" (M62).

Precisamente es en el GD1 en el que se reivindica el papel de la mujer en una dinámica de corresponsabilidad en el uso del preservativo, señalando las condiciones de igualdad en las que hombre y mujer se posicionan en una relación sexo-afectiva:

*"Yo estoy aquí para disfrutar de la relación sexual al cincuenta por ciento como tú al otro cincuenta por ciento.... Yo no estoy aquí para tener que calentarme la cabeza mañana, o tener que ir a tomarme la pastilla del día después, o tener que hacer cualquier cosa"* (M12).

En el marco de la negociación sobre el uso de métodos preventivos, el desconocimiento y falta de acceso adecuado a métodos específicos que las mujeres puedan utilizar sin consentimiento de los hombres relega a éstas a un papel de sumisión a la voluntad de sus compañeros sexuales, recrudescen las cargas que las mujeres asumen frente a los riesgos, al tiempo que fortalece los estereotipos de desigualdad y la ausencia de diálogo y de corresponsabilidad.

### 3. ARGUMENTOS ANTI-CONDÓN: EXCUSAS Y JUSTIFICACIONES

El despliegue de argumentos para el no uso del condón es amplio. Aquí se analizarán esos argumentos diferenciando entre excusas y justificaciones.

Las excusas niegan las responsabilidades del sujeto en el acto, atribuyéndose a elementos externos al actor (Scott y Lyman, 1968) pero aceptan que el acto es cuestionable. Destacan como excusas más recurrentes entre las personas participantes: los accidentes con el preservativo (se rompe, se sale), los problemas de logística (no se tiene a mano), al consumo de alcohol y otras sustancias y la biologización de la necesidad sexual del hombre.

Mientras que las justificaciones son, para Scott y Lyman, explicaciones en las que uno acepta la responsabilidad por el acto en cuestión, pero sosteniendo su legitimidad en la situación concreta en que se encuentra. En este caso, se revisan argumentos como: resta placer, hay confianza, el consumo de porno como fuente de construcción de la sexualidad y la falta de educación sexual. Se parte del análisis de las excusas, para continuar con las justificaciones esgrimidas por las personas participantes en esta investigación.

### 3.1. Accidentes con el condón: Se rompe, se sale, no ajusta bien

Una de las excusas más recurrentes es la que hace referencia a la calidad de los condones y a los accidentes indeseables ocurridos con ellos. Las experiencias de accidentes con el condón introducen la posibilidad de futuros accidentes, por tanto, proporcionan una razón para prescindir de ellos:

*"Porque es una mierda, en plan, en todos los aspectos, se rompe así (hace gesto con la mano de muchas veces)" (H35).*

También las chicas del GD6 esgrimen la excusa de la falta de fiabilidad de los preservativos: se rompen, se salen... lo que contribuye a que se renuncie a su uso:

M63: Me compré una vez una oferta del DIA, de estos que te vienen un montón de condones y digo: Uy, que ofertón... digo, pa' mí... y cuando se me partieron dos... o sea utilicé uno, se rompió, utilicé otro, se rompió, dije: Nunca más...

M61: Es que a mí los Durex se me han partido...

M62: A mí también...

M63: Sois brutas ¿eh? A ver si se les va a partir...

M61: O que son más malos de lo que parecen, los pintan muy bien y a mí los del Mercadona me han ido bien, no se me ha roto uno en la vida...

M64: A mí ni uno ¿eh? Y son los que usaba con mi ex pareja... (...)

M63: A mí si se me ha quedado dentro eh... (el condón)...(...) A mí colgado no, a mí una vez digo...: Pues dónde está el condón, dónde está... el condón ha desaparecido... me tuve que... buscar... y estaba hasta el fondo del todo y me ha pasado como dos veces ¿eh? (...) De verdad, que se me han quedado dentro...

Ellos atribuyen las roturas al exceso de fricción y a la pérdida de lubricación del látex y critican los preservativos que regalan en los Institutos, dicen que hacen daño y que se rompen.

*"Claro, pero no es por eso, sino porque a mí se me han roto un pilón, en plan, yo no lo entiendo, entonces ya es como... escucha... O demasiado rato, o demasiado hardcore" (H35).*

En el GD6 para reforzar su rechazo al condón introducen la aprensión a factores como el olor (M61, M64) o el rechazo que les produce el contacto con el látex: "Parece que te está metiendo una bolsa de basura ahí... es súper raro" (M66).

### **3.2. Problemas de logística: faltan preservativos o no se tienen a mano**

Una de las excusas a la que han hecho referencia, tanto chicos como chicas, es la prevalencia de la impulsividad frente a la ausencia de preservativos. Dejarse llevar por el "calentón" del momento:

*"Es que a lo mejor te surge y tienes ganas y no hay condón y dices: Mira, ahora qué me voy a quedar aquí con todo el calentón, pues pa' lante..." (M61).*

*"Hasta te lo planteas, en plan de tío no llevo condones encima, pero voy con un tío... vas cachondo perdido y que por una noche no pasa nada..." (H24).*

*"Una vez que también una amiga con la que me terminé liando una noche y acabamos follando en su portal, o sea, en sus escaleras. Y ahí yo, iba tan caliente que fue como pfff pues voy para delante con todo, no tengo nada, para delante, para delante" (H31).*

### **3.3. El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas**

El consumo abusivo de alcohol y otras sustancias funcionan como excusa para múltiples prácticas, incluidas las prácticas sexuales sin protección: "no sabía lo que hacía", "había perdido la conciencia", "no me daba cuenta de nada".

*"Lo he hecho muy borracha o a saber cómo y ahí sí que NO he usado condón ni me he acordado de cómo me he llamado" (M13).*

En el GD2, el GD3 y el GD4 es también referida la vigencia de esta excusa, en esta ocasión por un chico:

*"Yo por ejemplo, si vas borracho y estás en una fiesta es que da igual si usas, o sea, no es que da igual pero (...) si surge, si tienes, si ella tiene, si no tiene, va a pasar igualmente, te la vas a tirar sin condón. Te la tiras tal" (H31).*

El tema de la imbricación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el uso de medidas preventivas en las relaciones sexuales se analiza en profundidad en un apartado posterior.

### 3.4. Necesidad biológica irrefrenable

La masculinidad hegemónica construyó el mito del macho hipersexualizado, víctima de un deseo incontrolable inherente a su virilidad. Así, una de las excusas más reiteradas por los compañeros sexuales hombres, que las chicas del GD6 reciben para no usar preservativo, hacen referencia a una "necesidad biológica irrefrenable": "tenía muchas ganas" (M63), "estaba muy cachondo" (M64) o "llevaba mucho tiempo esperando" (M66). Es decir, excusas que nos remiten a la satisfacción inmediata del deseo masculino y a la decisión de que éste prime sobre cualquier otro posible factor de riesgo:

*"Mi ex que se mordía aquí (se señala el brazo) como para demostrarme que es que no se podía aguantar y que lo hacía... se mordía para... para no metérmela, no sé qué..." (M64).*

Se revisan, a continuación, las justificaciones que permiten negociar la imagen y el sentido de la acción, redefiniéndolo para presentarlo como legítimo (Gómez-Bueno et al., 2011b).

### 3.5. La "confianza" como justificación

Cuando existe confianza, el abandono del preservativo parece una constante en las personas participantes, incluso en aquellas más próximas a la lógica del cuidado. En ocasiones el compromiso en la relación justifica el no uso del condón pues es convertido en un símbolo de la seguridad en la relación, de la lealtad al servicio de los intereses de la pareja. Pero el campo semántico de la confianza se muestra inmenso, de modo que se maneja también en los encuentros esporádicos, bien sea porque se trate de personas conocidas o con las que ya se ha tenido sexo alguna vez o bien sea porque se recurren a imaginarios sobre lo que representa una apariencia "sana".

La confianza distorsiona la percepción que se tiene del riesgo de transmisión de una ITS, potenciando el abandono del uso de preservativos (M14, M15).

Hay confianza en la pareja o en los "follamigos" para dejar de usar preservativo (H21, H24):

*"Con pareja evidente, pero ya donde hay más... con pareja o follamigos... y que si alguna vez voy borracho o muy, o muy cachondo, quizá la persona te genera seguridad, o una falsa seguridad, no la conoces de nada pero..." (H21).*

En el GD6, los hombres son categorizados y jerarquizados en función de la confianza en: "amigos"; "follamigos" o "relación" (M62, M65). La "confianza" hace referencia a la "conexión", "compenetración", "complicidad" o "química sexual" se tiene con esa persona (M66). En este Grupo, encontramos un claro proceso hacia el abandono del preservativo a medida que avanza la confianza:

M62: Yo a lo mejor la primera vez que lo voy a hacer con él pues... si no estoy ciega a lo mejor y eso, sí utilizo, pero... si llevo a lo mejor unas cuantas semanas que ya llevo con él pues... digo mira ya está... no uso...

M63: Yo por ejemplo con amigos cercanos si he tenido algo, pues no he tenido cuidado, porque pues los conozco...

Se profundiza más adelante en la construcción del sentido de la confianza y sus múltiples significaciones.

### 3.6. La búsqueda del placer

La lógica del placer, su búsqueda como fin inmediato y supremo parece imponerse en los discursos de los chicos, haciendo su aparición también entre las chicas. Es entre ellos donde surgen más argumentos que buscan justificar la renuncia al preservativo en aras del placer.

Ellos rechazan explícitamente el uso del condón porque resta placer: "no es para nada lo mismo hacerlo con condón que sin condón" (H32). Presentan el condón como una tecnología desnaturalizada que interrumpe o interfiere con el curso "natural" de la sexualidad, imposibilitando el sexo "normal". El sexo protegido se semantiza como: "no real", "horrible" y "poco confortable" (GD3). El campo semántico de ellas (GD1 y GD6) es aún más contundente: "molestaba muchísimo", "satánico", "poco real", "no me gusta nada", "le quita sustancia a la cosa" o "no se nota nada".

En ocasiones, ellas atribuyen a sus parejas hombres la imposición de la lógica del placer, cediendo ellas a sus deseos al ser arrastradas por la situación. De modo que la lógica del placer masculino se impone sobre la lógica preventiva del cuidado:



*"De decirle yo.... Venga, pónelo y dice, bueno espérate un poquito, un poquito más y ahora, ahora, pero al final ese ahora ya se convierte en el calentón máximo y ya aunque tú quieras, al final no se lo pone, entonces pues... la mayoría de veces... o también decir, no que así siento mejor, sin preservativo siento mejor" (M15).*

### 3.7. El porno como modelo

La forma en que el consumo de porno influye en la construcción de la sexualidad de los jóvenes y en los estereotipos sobre qué hacer dentro de una relación sexual son significativos en el ámbito de la prevención. Especialmente relevante es que el uso de preservativos y otro tipo de cuidados afectivos es prácticamente inexistente en el porno convencional más extendido y consumido. La justificación de la práctica puede así estar operando de manera subyacente, legitimando el comportamiento y los imaginarios sobre la sexualidad en los jóvenes.

La población joven, en general, percibe y califica el porno de tremendamente machista. Sin embargo, mientras que algunos de ellos reconocen disfrutar y mucho con el porno, entre ellas las críticas a la cosificación de la mujer, la brutalidad y la violencia asociadas al porno las hacen despreciarlo abiertamente. Solo algunas hablan de posporno y cuestionan la posibilidad de que exista algo próximo al "porno feminista".

*"Yo antes sí consumía porno, lo que pasa que a raíz del feminismo me he dado cuenta de lo machista que es el porno. Entonces ahora verlo y ver como... hay escenas donde tratan tan brusco a la mujer, que está tan centrado en el placer masculino y que (...) lo veo y me entran ganas de llorar" (M52).*

Así, los chicos del GD3 se mueven en la ambivalencia entre el discurso legítimo del porno como propagador de una cultura sexual machista, depravada o violenta, ajena a la realidad cotidiana de las relaciones heterosexuales, y el reconocimiento de su uso y disfrute. Opinan que es malo para la sociedad y particularmente para la adolescencia y muestran su preocupación por el fácil acceso que tienen los más pequeños a través de Internet, pero no para ellos que saben filtrar y diferenciar la realidad del cine. Aunque al principio se consideran capaces de distinguir entre el porno y la realidad en las prácticas sexuales, debaten sobre cómo el porno genera expectativas (H36) y define los roles (H34):

H36: Todos hemos visto porno antes de ir a follar, entonces (...), nos crea expectativas en cuanto a la hora del disfrute, de cómo recibir el sexo. Todos hemos pensado una cosa y luego nos hemos llevado otra.

H34: Esas expectativas también te crean muchas veces...

H36: Estas pequeñas ideas, estos matices te hacen concebir el sexo de una forma y actuar y hacer el sexo de una forma. Nos lleva también a machismo, a feminismo, igual que el porno, lo que has dicho tú también, nos enseña demasiados valores...

H34: Como que marca unos roles, dice pues, el hombre tiene que hacer esto, la mujer tiene que hacer aquello.

H35: No solo eso pero y las maneras de hacerlo y de todo.

Llegando, en determinados casos, a no percibir con claridad la distancia entre la representación de la sexualidad que difunde el porno y la realidad, generando situaciones que juzgan problemáticas:

*"Yo es que tengo un amigo que por ejemplo él, no quiere una novia y si quiere una novia es la típica actriz porno, se ha metido demasiado en el porno, o sea, está súper adicto, es que no quiere conocer a una tía que sea fea, le han tirado tías pero dice "es que es muy fea", quiere a una mujer perfecta a la que ves en el porno, y eso es lo complicado" (H31).*

También en el mixto GD4, surge una reflexión sobre la influencia del porno en la construcción de su sexualidad, aunque más compleja y elaborada que en el GD3:

*"Yo como persona consumidora de porno sí que tengo que decir que soy consciente de la componente estructural que tiene el porno (...) Esa capacidad de normalizar o hegemonizar un tipo de deseo y de alguna manera soy consciente de cómo mi deseo desde que empecé a tener relaciones o inquietudes sexuales se ha construido en base a la cultura del porno normativo. Y soy consciente de que consumo porno porque mi deseo está, por lo menos, mi deseo en cuanto a la masturbación sí que está regida en base al deseo normativo. Luego no creo, o por mi situación en concreto no se expande a cuando estoy con otra persona teniendo sexo" (H44).*

Las personas consultadas sostienen que lo que les lleva a consumir porno son la búsqueda de información y la curiosidad (al principio) y después la búsqueda del placer y de la autosatisfacción sexual pues son varios los participantes que reivindican el valor del porno para la masturbación:

*"Y tú eres el que controla también, si estás teniendo sexo tú no controlas totalmente, o sea, tú controlas el 50% y otro 50% la otra persona. Porque es*

*una relación de dos. Pero, en el porno, tú eres amo y señor, te estás viendo tu video, te estás haciendo una paja y tú sabes cuándo vas a empezar, cuándo vas a terminar, lo que te gusta, y lo que no te gusta" (H34).*

Entre los efectos del porno, señalan la adicción (H34 y H36): "es una droga el porno" (H36) y "hasta que te van gustando cosas más raras en el porno" (H36). Discuten sobre el fetichismo que resuelven que se transmite a través del porno, pero es previo. Además, consideran que tiene que haber mucha confianza y gustos similares para poder llevar a cabo prácticas como el BDSM (Bondage, Disciplina, Dominación, Sumisión, Sadismo y Masoquismo).

Será entre las chicas donde encontremos diferentes estrategias discursivas ante el supuesto "porno feminista". A favor de sus avances en la atención a la mirada y el placer femeninos:

*"Sobre todo mujeres directoras de porno, pues están como haciendo una línea de porno feminista, pues básicamente centrado más en la mujer. Y ahora también hay otro que no lo llaman feminista pero que no es todo a través de los ojos del hombre, sino que también se centra en el placer de la mujer, en enfocar también en zonas desde la perspectiva de la mujer y eso la verdad que me parece bien" (M54).*

O en contra, criticando desde el feminismo (M45), no solo el porno más heteronormativo, sino también el "porno feminista" por considerar que contribuye a objetivar a las personas y a la industria del porno por las duras condiciones de trabajo a las que son sometidas las actrices. Así, son las mujeres las que elaboran la crítica más aguda y más radical respecto a las consecuencias del consumo continuado de porno:

M55: Por ejemplo, en el porno sale mucho porno anal (interrumpiéndola: mucha fijación con eso), pero muchísima, y no me pongo preservativo pero luego acabo por detrás, en plan...

M52: O no, me voy a correr en tu boca... pero ¿qué haces? [Risas]

M54: En el ojo... (...) que hay muchas conductas que vale que sí, pero que no, que es ficción. Yo creo que hay muchos hombres que no lo tienen claro.

M55: Yo creo que ninguno porque se excitan tanto a lo mejor viendo esto que...

M51: Que piensan que llevándolo a la vida real con su pareja va a ser igual y ni de coña...

M52: Y también a la hora de la mujer de... claro, de que el hombre piense, no es que mira cómo folla la chica del video porno, y tú no haces todo esto, tú no haces nada.... Es como... ya te estás sintiendo en cierta parte como... a lo mejor es que yo follo mal.

M54: A mí me hacen eso en una relación y le digo pues se acabó follar conmigo y ya está.

Aunque, sin duda, la crítica más dura es la que asocia el porno a la violencia sexual, a la violación:

*"Es que la cultura del porno es cultura de violación también, es que yo con este tema me pongo negra" (M52).*

*"La industria del porno es horrible, cada vez están saliendo muchísimas más mujeres, sobre todo mujeres, que trabajan en la industria que han sido violadas. Incluso una en concreto contó que, en una escena de sexo anal, del daño que le estaban haciendo se desmayó en plena escena y siguieron" (M45).*

En el grupo mixto, el GD4, mientras las mujeres o no consumen porno (M43) o lo critican (M45), entre los hombres el porno goza de aceptación: H42, insiste en la utilidad del porno para resolver un calentón al igual que H41 que defiende que está bien para quien le guste porque tiene usos prácticos: "Depende de la filia de cada uno, en plan, a lo mejor tú no te atreves a ir y hacerlo con alguien pero te quedas tranquilo viendo en tu casa cómo lo hacen otros".

### 3.8. La ausente educación sexual

La falta de información sobre salud sexual, afectividad, riesgos de contagio de ITS y métodos preventivos es un lugar común para la mayoría de los participantes en los Grupos de Discusión. La falta de educación sexual en Institutos, incluso en la familia, así como la falta de información recibida del personal médico al que consultan de vez en cuando, aparece de forma recurrente en chicas y chicos. No solo la falta de información también la ineficacia de la forma de comunicar y los contenidos y enfoques son criticados por los jóvenes, quienes reclaman enfoques feministas, mentes abiertas, comentarios críticos de igual a igual. Rechazan pues los planteamientos jerárquicos y las imposiciones que sospechan proceden de las farmacéuticas. De alguna forma, esta falta/inadecuación de información es empleada para justificar los errores cometidos o que se puedan cometer:

H35: Es que las charlas de educación sexual en el instituto ni siquiera están bien hechas. Son penosas.

H31: No te informan. Te dicen puedes pillar una ETS, y tú, ¿cuál? Y más con 14 y 15 años.

H36: Y no son modernas, no son cercanas, me parecen hipócritas, sinceramente, a día de hoy, vale, hay para todos, pero no hay confianza con el público. No hay confianza, debería ser una comunicación más de, de joven a joven, también retroalimentativa entre nosotros, muy moderna, tener valores feministas...

H35: Es que las charlas de educación sexual no solo debería ser eso, condón, pastillas, no sé qué. Por ejemplo, si una chavala no quiere, no es no.

H36: No estás en el porno. El sexo no es Hollywood, ¿sabes?

H31: Claro, que no es pum pum, pum, que tienes más cosas que hacer...

H36: Que no te tienes que correr en su cara, a la hora de follar.

H31: Y por ejemplo tampoco muestran otros anticonceptivos como es el condón vaginal. No hay casi nada de información.

H34: ¿Sabes por qué? Yo creo que lo que dan son preservativos y hablan de la pastilla y tal y es por vender, no es por otra cosa. Es porque las farmacéuticas (...) y para vender y que le compren pues vamos a decir que hay condones, pastillas, y ya está. Y, ¿para qué sirve la charla? Para vender.

En el caso de los chicos que tienen sexo con chicos y de las chicas que tienen sexo con chicas, la educación sexual recibida en institutos resulta del todo inadecuada puesto que la consideran heteronormativa y centrada en la prevención de embarazos:

H23: Yo cuando perdí la virginidad con 17 años y sí que es verdad que la falta de educación sexual que hay, al fin y al cabo, es que ni... ni te paras a pensar en la probabilidad de que te puedes contagiar o... no estás nada informado (...)

H28: Incluso, si no das nada de educación sexual o si la has tenido, piensa que son para los heteros, esto es para que no se quede preñada la chica...

Parecería que cualquier variación del modelo heteropatriarcal no existiera o no supusiera ningún riesgo en términos de salud sexual. La invisibilidad de estos colectivos resulta aún notable para la educación que se imparte.

## 4. DOMINACIÓN, NEGOCIACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD

Para comprender las estrategias de negociación del uso del condón se analizan los procesos que sustentan la práctica del uso del condón en las relaciones sexo afectivas: quién los compra, los paga, los lleva, sugiere o exige su uso, cómo surge la iniciativa de utilizarlos y cuándo y cómo se utilizan y/o rechazan. Todo ello, para captar posibles indicios de corresponsabilidad sexual entre jóvenes durante la relación y después, cuando aparecen consecuencias no deseadas, a causa de la exposición a riesgos más o menos (des)controlados.

### 4.1. Sobre el uso del condón

Las chicas más que hablar de negociación y corresponsabilidad relatan experiencias de autorresponsabilidad y sumisión. En el GD1 plantean ser ellas las que recuerdan a sus compañeros el uso del condón e incluso ceder (M11, M12, M15, M14) a sus presiones. Cuando los chicos presionan para no usar preservativo, algunas ceden a su capacidad de persuasión (ante relaciones en que ellos las superan en edad, estudios o clase social), escenificando cierta forma de dominación consentida (Bozon, 1990a y 1990b):

*"Al final he cedido y lo he hecho y lo hemos hecho mal, porque estaba mal hecho... he cedido por eso por la presión de... bueno es que entonces a lo mejor no le va a gustar" (M11).*

En este sentido, se confirma el imaginario del uso del condón como una pérdida de poder de las mujeres que subordinan sus cuidados a los supuestos gustos del varón.

Mientras la única participante que tiene incorporada la lógica preventiva y que sostiene cuidarse en todas las relaciones sexuales (M12) asume un discurso de corresponsabilidad, las demás no se posicionan al respecto:

*"Pero con penetración sí y algunos de ellos sí que es verdad que no eran quien estuvo más así en plan activo de meter un condón, pero bueno yo siempre iba prevenida, yo sé que si voy a quedar contigo que eres un tío, que tal, pues yo voy a llevarme un condón, no es tampoco tu responsabilidad siempre ¿no? Tampoco podemos achacarle eso, yo también quiero cuidar de mi cuerpo, no solamente que tú te intereses por no preñarme o por no..." (M12).*

En este caso, de las mujeres que tienen más seguridad en sí mismas y más autonomía en la vivencia de su sexualidad, existe una tendencia a usar condones constantemente (Pulerwitz, et al., 2002) y una mayor capacidad de tomar decisiones relacionadas con el sexo, incluido el uso del condón (Harvey et al., 2002; Holland, 1992).

Entre los chicos de orientación gay, el uso del condón parece asumirse desde la corresponsabilidad negociada, ya sea en el momento de la relación sexual o en una instancia previa (como es el caso del uso de APPs):

H24: Pues lo mismo, en plan, si la cosa va a ir más lejos de... si va a haber sexo anal, eeee... esa noche en el momento, o directamente que lo sacas del cajón...

H21: Si es por App, y antes suelo preguntar, en mi caso, tienes lubri, tienes condones... para ver quién lleva, o si se te ha olvida una cosa o algo, depende...

En el grupo de chicos heterosexuales (GD3), salvo H34 que sostiene utilizar condón siempre y de mutuo acuerdo, el resto muestran su rechazo hacia el preservativo, pero apuntan que prefieren follar con condón a no tener relaciones sexuales por negarse a usarlo:

H35: A mí si la tía me dice que quiere utilizar condón, digo pues ya está. A mí no me gusta, me parece una mierda, pero, ya está.

H31: Si la otra persona quiere hacerlo con condón...

H35: Mejor eso que no follar.

Estos jóvenes corroboran la sensación que expresan las chicas de que son ellas quienes deben recordar o exigir el uso del condón; para ellos la responsabilidad de proponer el condón recae directamente en las chicas. Ellos rechazan el uso del condón y adaptarse y respetar la decisión que ellas tomen. Sin embargo, en la discusión, surgen estrategias para debilitar la voluntad de las chicas de utilizarlo: H36 apunta a que si la chica no impone su deseo de utilizarlo con "mucho ímpetu", significa "que realmente no hace tanta falta el condón". Los chicos asumirían de este modo su posición de poder en la negociación (Tschann et al., 2002; Connell, 1987, 1995). Así, H31, H32 y H36 comparten medio en broma ideas como dejar los condones en el coche o en algún sitio alejado: lugares que dificulten o hagan imposible el llegar hasta ellos. En este Grupo de hombres cis-heterosexuales acaban concluyendo que el uso del condón dependerá del deseo o de la imposición de cada chica de emplear preservativo o no:

H32: Es que claro, ahí cada persona es diferente, porque a lo mejor te puede decir ella, no, no vayas a por el condón, vale. Lo mismo hay una que te dice, mira, condón o no follamos. Vale, pues no te pongas irascible.

H36: Claro, es en función, lo he dicho antes también. Yo me he liado con varias chicas, ¿sabes? Entonces, unas han sido más en plan, qué condón ni qué condón ¿sabes? Y otras han sido en plan, ni me... ni me mires, te pones tres condones seguidos.

En aquellas situaciones en las que la chica no dice nada explícito sobre usar preservativo, los chicos insisten en la dicotomía: confianza o "anticonceptivo" (H32): si no hay confianza entonces preguntas (H31). La timidez es introducida por H34 como argumento: "lo mismo hay personas que no lo dicen o no quieren sacar el tema, les da vergüenza". Confirmamos aquí la importancia de que las mujeres comuniquen su deseo de usar condones, mientras que los hombres tienen la capacidad de usar condones sin discusión (Otto-Salaj et al., 2010). Lo que nos remite a la falta de autonomía de las mujeres, al depender de la colaboración de sus parejas para la gestión de su prevención.

#### **4.1.1. Comprar, llevar, pagar**

En el GD4, se expresa una conciencia sobre la necesidad de la corresponsabilidad a la hora de abordar la prevención y los cuidados. La división de roles de género en la provisión de los preservativos continua vigente, pues como supuestos futuros "proveedores materiales de la familia" son ellos los encargados de la adquisición de los preservativos (H41, M43, M45), salvo en casos de precariedad económica, en los que se comparte el gasto. Esta responsabilidad pecuniaria de los hombres alcanza, en ocasiones, al copago del método hormonal:

M45: Yo las pastillas me las pago yo porque es un tratamiento hormonal que tomo yo por razón médica, o sea, no me lo vas a pagar tú. Pero sí, luego con el tema de los preservativos en realidad he estado bastante acostumbrada a que lo llevaran los chicos. La verdad. Sí. Los chavales solían llevarlo en la carterilla, en la mesita de noche, siempre había algo preparado.

H41: Yo voy preparado, además, la parte monetaria la pongo yo.

M43: Una amiga se puso un DIU después de muchos años y lo pagaron a medias los dos.

H41: Yo con mi expareja tomaba la píldora, y yo sí, cuando dejamos de usar preservativo la píldora la pagábamos entre los dos.



En este Grupo diferencian la gestión económica de los preservativos en función del tipo de relación esporádica o estable: mientras que en las relaciones esporádicas la responsabilidad no se asume de forma compartida, cuando la relación se consolida, al menos el gasto económico, es probable que se asuma entre ambos. Esta dinámica se repite en GD5 y GD6, donde son los chicos los que aportan los condones (M54, M62) y las chicas comienzan a compartir los gastos una vez establecida la relación. Además de otras variaciones, como que los compre quién pueda según su situación económica (M51), exista corresponsabilidad en el gasto (M64, M65) o una posición de mayor autonomía en la que las chicas son las que los compran y los tienen a mano (M66, M63). Ésta última: "Sí, yo también tengo en los cajones, es que nunca se sabe y si no trae qué... es como bueno, pues yo tengo...". En este sentido, la mayoría de las participantes se ven o se han visto envueltas en la situación de tener que "comprar" o "llevar" ellas los preservativos si pretenden usarlos (M61, M63, M64, M65, M66).

#### 4.1.2. Proponer, sugerir, incitar

En lo referente a quién toma la iniciativa, aunque ésta parece dejarse en manos de los chicos, M54 introduce cuál debería ser la posición de ella ante los escenarios de insistencia:

*"Yo afortunadamente, todos los chicos con los que he estado así, han tomado la iniciativa, yo lo tenía en mente en plan... que se lo ponga por favor... pero lo acabó usando. Tampoco me gusta la relación en la que yo tenga que estar diciéndole oye, pónitelo, pónitelo. Automáticamente es como tú... Si ya tengo que decirle yo cuatro veces... pues ya está, no da pa' más esto" (M54).*

De todos modos, en algunos casos no parece haber un patrón preestablecido, pues depende de la situación. La siguiente cita confirma también la mayor autonomía de los hombres en este campo:

*"No sé... porque a veces tú le dices: Ea, pónitelo... y otras veces pues él...: Bueno, me voy a poner el condón... o lo abre directamente y se lo pone..." (M62).*

El sentido de la responsabilidad de las chicas, las lleva incluso a preferir ser ellas quienes lo coloquen ganando así seguridad preventiva:

*"Si lo ves un poco torpe se lo pones tú... (Risas)... porque hay algunos que no veas... (...)... Se lo tengo que poner yo... y yo ahí pues para estar perdiendo el tiempo pues lo pongo yo, que seguro que está bien puesto... es que yo... prefiero ponerlo en verdad..." (M63).*

### 4.1.3. La gestión de los tiempos: "Antes de llover, chispea"

Otra de las cuestiones a tener en cuenta es en qué momento se ponen el condón pues es frecuente iniciar la penetración sin condón para introducirlo justo antes de que ellos eyaculen. En este sentido, se observa una graduación del riesgo por etapas: éste se asume de forma natural al principio del encuentro sexual aun sabiendo del intercambio de fluidos o de la existencia del líquido preseminal, y se interviene contra el riesgo (cuando se utilizan preservativos), en una etapa posterior, próxima al orgasmo de ellos, lo que nos hace pensar en que puede existir un período de exposición al riesgo más o menos prolongado que se asume entre jóvenes de manera automática. En el GD4 se asocia el uso tardío del condón con el "calentón" del momento y entre los chicos del GD3, se automatiza una penetración previa al uso del condón. Igualmente, las chicas del GD6 relatan esta práctica tardía del uso del condón:

M64: Yo creo que normalmente son ellos los que toman la iniciativa porque ya dicen, bueno ya sí me lo voy a poner porque...

M65: Porque...

M64: Porque veo peligro...

M63: O ven que va a llover o algo... es que yo no me pongo condón desde el principio, la verdad, me lo pongo pues cuando vamos a terminar, normalmente... o sea... con gente conocida, es verdad, que con desconocidos sí, pero con gente conocida es que le quita... sustancia a la cosa...

En el GD5 resulta significativo, aun cuando se expresa un fuerte miedo a posibles consecuencias no deseadas, cómo se asume igualmente esta etapa del riesgo como algo natural con la práctica de la marcha atrás:

M54: Yo tenía momentos en los que al principio no usaba, pero luego decía, bueno mejor sí, como a mitad, o directamente a veces que no. Es más... bueno por lo general sí que el preservativo (...) es que a mí me da mucho pánico quedarme embarazada entonces... yo es como... empezar sin condón y luego con condón, vale... pero y si es sin condón y eso se cae fuera, bien, pero si se cae dentro me da pánico...

M55: Pero es que antes de llover chispea, ¿sabes? Eso también te lo digo...

M54: Ya pero llevo así cuatro años...

En este sentido, en el GD1 se matiza la sumisión que adoptan ellas durante este proceso, cuando finalmente se ven abocadas a ceder a la relación sin protección cuando ésta no se ha incorporado desde un principio (M15). De manera que, al depender frecuentemente de que sean ellos los que "avisen", recae sobre los compañeros hombres la responsabilidad de conocer sus ciclos sexuales y de tomar la decisión final de no eyacular en el interior de la compañera. Esta práctica limita la autonomía de las jóvenes, que se ven excluidas de la negociación de los cuidados y la prevención, sometiéndolas al deseo, conocimiento y pericia de sus compañeros sexuales. Sorprende que siendo ellas las expuestas a más riesgos (embarazo + ITS) no sean más exigentes. Se refuerza, una vez más, la idea de que la comunicación necesaria para negociar el uso del preservativo depende de las relaciones de dominación y poder establecidas entre los participantes en el encuentro (Yachao y Samp, 2019). Quienes tienen más poder en la relación tienen más probabilidades de imponer su deseo de usar o no condón (Tschann et al., 2002; Woolf y Maisto, 2008).

## 4.2. Alternativas al condón y gestión de sus efectos

Partiendo de que una práctica preventiva eficaz contra el contagio de ITS sería el uso consistente del condón y/o de barreras profilácticas, observamos sin embargo que las personas participantes plantean otro tipo de estrategias que no persiguen tanto prevenir el contagio de ITS como un embarazo (marcha atrás, PAU, IVE). En otras ocasiones en vez de prevenir buscan aplacar sus temores. Entre estas estrategias incluyen: no hacer preguntas para evitar preocupaciones (H36) y la facilidad de acceso a pruebas médicas. De este modo, el objetivo pasa de prevenir a constatar:

*"Y sé que me he arriesgado mucho ... después a hacerme pruebas y tal, o sea, tengo una madre enfermera y tengo esa suerte de que tengo ese acceso directo... y ya está... o sea es como, mamá tengo dudas, he hecho algo mal, accedo a ti, rápidamente, pero sé que está mal..." (M14).*

### 4.2.1. La marcha atrás

En numerosas ocasiones, el riesgo de prevenir un embarazo no deseado se impone al riesgo de contagio de ITS. Para ello una de las estrategias más utilizada es la tradicional "marcha atrás", es decir, la eyaculación fuera de la vagina. Esta estrategia es utilizada por participantes de todos los Grupos de Discusión y se menciona de forma natural, como una práctica incorporada a sus rutinas. Unas veces sin referir los riesgos que conlleva y, otras veces, haciendo referencia a su dudosa eficacia. Por ejemplo en el GD1:

*"Y tú muchas veces pues ya dices, bueno, venga, pues vale, ya está o... yo qué sé, o te corres fuera, o lo que sea... o sea, prácticas de riesgo directamente..." (M11).*

O en el GD5, donde tras discutir sobre cómo utilizan la "marcha atrás", hay una madre joven que tacha de inconscientes a sus compañeras de grupo:

*"A ver, yo es que tengo un niño y es lo que más quiero en este mundo, en plan... (...) que tampoco estoy diciendo que no seáis madres pero... si podéis esperar un poquito más pues mejor, y cada vez que escucho decir estas cosas es como... no sé, sois un poco inconscientes, la verdad" (M55).*

#### **4.2.2. La píldora anticonceptiva de urgencia (PAU) y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)**

En ocasiones la PAU y la IVE se plantean como atenuantes de la gravedad de un posible embarazo no deseado. Esta idea suele ser planteada por los chicos. Así, los integrantes del GD3 entienden que ante una posible rotura del preservativo lo que procede es recurrir a la píldora de urgencia. Estos chicos denuncian la falta de información sobre sus posibles efectos secundarios, critican su elevado precio (20 o 25€) y no perciben su responsabilidad para contribuir económicamente a sufragar el gasto. Como mucho, su sentido de la responsabilidad les lleva a preocuparse durante un tiempo:

H35: Cuando se me han roto los condones, ha sido rollo pues bueno, te tomas una pastilla. Que también, con la única chica que he estado de manera seria en toda mi puta vida se me rompió un condón, y se tomó una pastilla y al mes siguiente o así, mes y poco, se me volvió a romper el siguiente condón que utilicé. Y claro, me rayé una pila en el aspecto de decir, coño, y si ahora por haber tenido tanta frecuencia tomándose eso se le jode la menstruación o cualquier tipo de cosa, y creo que al final no le pasó nada, por suerte. Pero en eso me rayé bastante.

H34: Eso también hay mucha mala información.

H31: No hay nada directamente.

Otros chicos del grupo mixto (GD4), ratifican el "margen" que la PAU y la IVE les ofrecen frente a la posibilidad de un accidente o un embarazo no deseado. Se comparan con generaciones anteriores, donde estas posibilidades no existían y reflexionan sobre cómo estas opciones repercuten en que en ocasiones tiendan a arriesgarse un poco más (H44).

*“También yo creo que el concepto de aborto de nuestros padres era... algo a escondidas [...] nuestra generación lo hemos escuchado desde pequeños y lo vemos más normal. Ha pasado un accidente, te has tomado la píldora del día después o lo que sea, está esa opción. Entonces yo creo que es también lo que dice él, un exceso de, de muchas veces de confianza. De bueno, no puede pasar nada porque a lo más que pueda pasar pues si no está una opción está la otra” (H41).*

Por el contrario, en el GD5 no hay referencia alguna a la PAU o al aborto como atenuantes de la gravedad del riesgo de embarazo.

#### **4.2.3. Gestión de las consecuencias no deseadas**

¿Cómo se reparte la responsabilidad cuando se enfrentan a una ITS o a los efectos secundarios de la anticoncepción hormonal (incluida la PAU) o a un embarazo no deseado?

El trabajo conjunto de autosocioanálisis que hacen los componentes del GD4 los lleva a plantearse las desigualdades médicas y de salud que supone la anticoncepción. Es un hombre quien inicia esta reflexión sobre la responsabilidad y los cuidados que conlleva ser mujer:

H44: Para un chico es un trámite y para una chica pues supone un tratamiento en el que te expones hormonalmente, o físicamente con la píldora del día después, que es un destrozo. Y... como que ahí los chicos como que tenemos una responsabilidad muy superficial, porque creo que no... no tiene la misma carga de cuidado, de responsabilidad, que la que asume una chica cuando se toma una pastilla, o sea, creo que es totalmente desigual...

M43: Están diseñados por hombres.

Las jóvenes del GD5 reflexionan sobre los peligros que suponen las pastillas anticonceptivas para su salud así como el desconocimiento que tienen acerca de su funcionamiento y de los posibles efectos secundarios. Mientras que en los grupos GD3 y GD4 se insiste en la desinformación y el uso extendido de la PAU:

*“Que se nos ha roto el condón, o que no lo hemos usado directamente, que puede que te quedes preñada, pues bueno, no pasa nada, te tomas la pastilla del día después y ya está. Pero es que el problema es que eso es un chute químico tan fuerte que, es que los médicos recomiendan que como mucho, mucho se tomen dos o tres pastillas del día después en toda la vida fértil de una mujer (...) porque también es una pastilla que puede causar depresión*

*[...] cada vez hay más gente que lo tiene como la última opción y ya está, el salvavidas, ahí está" (M53).*

H34: Porque una pastilla de esas es como una bomba, pero una bomba.

H35: Es que esa es la cuestión, ella, primero se tomó una y no pasó nada, después se tomó al mes y medio o así la siguiente y nosotros no teníamos ni puta idea de que eso podía ser chunguísimo, ni puta idea. En plan, nos enteramos después que nos dijeron, oye, ¿sabes que con eso se puede quedar hasta estéril? Y yo, ah, de puta madre, no me siento para nada culpable [Tono irónico].

La carga que se traslada a las mujeres, en muchos de los casos, a la hora de conseguir que se introduzca el preservativo dentro de la relación sexual, sumada a la carga y exposición que puede representar para su salud la ingesta de hormonas no supervisada por profesionales médicos, nos sitúan ante un escenario de fuerte desigualdad al que se enfrentan hombres y mujeres a la hora de abordar la prevención en el marco de sus relaciones sexo afectivas.

Esta posición privilegiada del hombre se ve afianzada por los discursos surgidos en el GD3 en los que las mujeres se representan como una amenaza, sujeto de peligro y engaño, mientras ellos se sienten estafados y omiten su responsabilidad en el embarazo:

H32: A un amigo mío le pasó que una chica que conoció una noche, lo hicieron sin condón, se quedó preñada y al final lo que hizo fue atar al niño a ella para conseguir dinero.

H35: Eso es una persona hija de puta, y ya está.

H32: Pero que las hay, pocas, pero las hay.

H34: Bueno, pocas....

H31: También el chaval...

En este sentido se observa por parte de ellos una fuerte ostentación de privilegios ante las consecuencias no deseadas de su decisión de no utilizar condón. Considerando este hecho junto con su inclinación a "omitir" el uso de condones en sus relaciones sexuales (sólo uno de ellos afirma utilizarlos siempre), constatamos los procesos de dominación y las situaciones de desprotección a las que se enfrentan las jóvenes hoy día, donde ellas aún siguen soportando, en muchos

casos, todo el peso, simbólico y físico, tanto del uso del condón como de asumir las consecuencias en lo que hace a la prevención (anticoncepción) y embarazos no deseados.

## 5. LÓGICAS DE ACCIÓN: DE LA PREVALENCIA DEL CUIDADO A SU PROGRESIVO ABANDONO

De los discursos y experiencias de jóvenes sobre el uso o abandono de métodos preventivos en sus relaciones sexo-afectivas, se desprenden lógicas diferentes que se alternan y/o relacionan entre sí en función de diferentes circunstancias. Si bien se sustentan en los imaginarios que circulan entre jóvenes en torno a la salud, la enfermedad y el riesgo, mantienen diferentes idearios y presionan sobre sus prácticas, configurándolas de maneras distintas.

Mientras que la lógica del cuidado opera mayormente en circunstancias donde el sexo se da entre personas que no mantienen un vínculo previo común, la lógica de la confianza implica cierto recorrido compartido, así como la existencia de una complicidad y/o afectividad pre-existente o en proceso de fortalecimiento. Sin embargo y como hemos observado, no podemos afirmar que las personas jóvenes utilicen medios preventivos en todas sus relaciones sexuales ocasionales, como tampoco podemos afirmar que todas las personas que permanecen en relaciones de larga duración abandonen en algún momento los cuidados. Estas dos lógicas se combinan con la lógica del placer que se impone en diferentes situaciones.

Es en estas "zonas grises" o intermedias donde se producen dinámicas que combinan elementos de una y otra lógica, recordándonos la necesidad de abordarlas también de manera conjunta y a partir de sus interrelaciones.

### 5.1. La lógica del cuidado

En general, entre las personas jóvenes que han participado en los Grupos de Discusión encontramos quienes han interiorizado una lógica preventiva del cuidado donde la posibilidad de riesgo aparece en casi todas las situaciones de intercambio sexual (con o sin confianza, con o sin drogas o alcohol), hasta el extremo opuesto que incluye a quienes no perciben la posibilidad de "enfermar" o consideran el uso del condón como algo innecesario o desagradable.

Esta lógica preventiva del cuidado coexiste con ambigüedades y contradicciones entre quienes sostienen identificar el riesgo (y discursivamente repiten la aceptabilidad de la "norma preestablecida" de usar condón) pero, en la práctica no utilizan métodos preventivos. Dichas contradicciones, se alimentan de nociones y sensaciones de invulnerabilidad (Dolan y Davis, 2003) que permiten a las personas jóvenes negociar su apreciación del riesgo en función de las circunstancias.

Para estas jóvenes, el riesgo de transmisión de ITS cuando mantienen relaciones sexuales con chicas ni se percibe ni se previene (M15). Su sensación de invulnerabilidad se asocia a la idea de inocuidad del sexo con otra mujer (M17). Así lo expresan:

*"Con hombres sí uso anticonceptivos, pero con mujeres no... ¿Por qué iba a usar con mujeres?" (M11).*

La percepción del riesgo remite a los imaginarios de salud y enfermedad: qué es sano y qué es dañino, y de qué forma puede afectarnos. Como en el citado estudio de Dolan y Davis (2003) las chicas recurren a imaginarios que se alejan de la evidencia científica: "Nunca he imaginado mi cuerpo enfermo y como nunca me ha pasado nada, así no me preocupo" (M14).

Ni cuando existe una percepción del riesgo fundamentada en la propia experiencia de enfermedad, esta se traduce en prácticas preventivas consistentes entre mujeres que tienen sexo con mujeres (M12). En el GD1, el riesgo se asocia al sexo con hombres y a la prevención del embarazo, no en la transmisión de ITS, de ahí que el preservativo se reemplace con pastillas anticonceptivas (M13).

Se "sabe", se "escucha" que las mujeres no suelen padecer enfermedades: no existen suficientes referentes femeninos con ITS entre mujeres homosexuales (M15, M13).

M13: Claro, supongo que por estadísticas es así ¿no? Que en general... yo eso, yo a mis amigas les he escuchado pocas enfermedades sexuales a la gente que puramente se dedica tener sexo con mujeres y son mujeres y sin embargo a los chicos muy raras... de todo, de todo...

M15: Sí, sí...

Se asocia la idea de las ITS al colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (M14; M13) y se relaciona este hecho con las prácticas sexuales frecuentes concertadas a través de Apps de citas (Tinder, Grindr, etc.) (M15).



Los chicos del GD2, buscan sexo, personas atractivas, bromean con el dinero, no buscan pareja estable. La concienciación con el uso del condón se relaciona con el miedo, a partir de experiencias de contagio de ITS propias o de sus redes personales. Sus preocupaciones relativas a la salud sexual se centran en las ITS y el miedo a estar con un desconocido que te haga "mucho daño" (H21); preocupaciones relativas a la comunicación en la cama, las posturas, etc. (H24), "Yo necesito a alguien con quien compartir un momento y ya está... no más" (H25).

Desde otra posición, cuando los jóvenes del GD3 discuten sobre sus malas experiencias sexuales, como riesgo sólo aparece el miedo a dejar embarazada a alguna chica, no tanto a posibles contagios de ITS (salvo H34). Recuérdese que en ese grupo se aprecia un conocimiento escaso y confuso de las ITS y de los ciclos de sus compañeras sexuales. El hecho de que exista un "territorio desconocido" que ni siquiera ellas controlan los coloca en una situación de despreocupación ante el riesgo y la necesidad de informarse debidamente:

H36: Un día hice una cagada muy gorda muy gorda y me llevé una regañina muy merecida, por ignorante y gilipollas. Y es que yo pensaba que las chicas estando en regla me podía correr dentro por decirlo de alguna forma. Entonces en plan, ah sí, estás ahora en época de regla pues no pasa nada.

H34: Eso es una paranoia. A mí me lo explicó mi novia y es una paranoia, que si ovula, que si no sé qué, la regla no es solo sangrar. Te explota la cabeza de todo lo que saben ellas y tú no tienes ni puñetera idea vamos, es que no sabes, fisiológicamente tú no conoces a la otra persona ni sabes lo que le pasa...

H36: Y de hecho, ellas mismas no se conocen. Nosotros en verdad somos muy básicos.

H34: Como una palanca. Y ellas son un juego de poleas, cambian...

Como ya veíamos en investigaciones anteriores (Gómez-Bueno, Bretin y Navas 2011a, 2011b) la percepción de los riesgos y su aceptabilidad para ellas y ellos difieren. En las relaciones heterosexuales, ellas perciben y viven más el riesgo de embarazo que ellos. Ellos no suelen sentirse corresponsables de los embarazos no deseados, en eso no se observan cambios. Donde sí se observan variaciones en la última década, es en la disminución de la trascendencia que atribuyen a un posible embarazo no deseado. Sobre todo en los discursos de ellos, al exponer como "atenuante" el recurso a la PAU o a una IVE. Esta percepción va siendo matizada y da lugar a ambivalencias e ideas contradictorias.

Ellos se preocupan menos y, de preocuparse por algo será por las infecciones. La excepción se presenta cuando alguna chica tiene una experiencia de ITS cercana que contribuye a la incorporación de la lógica preventiva ante las infecciones también en ellas:

H41: Es mejor quedarte con un calentón que... que pillar cualquier cosa.

M45: O peor, tener un niño.

M43: Yo también tomo anticonceptivos orales y aunque hace bastante tiempo, por cuestiones de la vida, que no tengo relaciones esporádicas, siempre lo he usado porque soy una cagada. Y el padre de un amigo mío tiene una... una enfermedad de transmisión sexual muy grave y jamás me lo he tomado a broma, jamás [en otro lugar refiere el "SIDA"].

Algunos chicos, aprovechan la PAU para reducir aún más su percepción del riesgo de embarazo no deseado, pues según H44 sería como un "salvoconducto":

*"La píldora del día después. Es decir, que tienes como un pequeño margen, por así decirlo. En cuanto a lo que es la concepción, no a la trasmisión de enfermedades, que eso es insalvable. Pero... de alguna manera con el tema de que... pues puede haber, vamos que haya fecundación y tal, pues esa papeleta siempre está. Con las enfermedades es como algo más etéreo, puede que esa persona la tenga o no, pero creo que nuestra generación sí ha tendido a arriesgarse un poco más, a jugársela un poco más porque tenemos la carta digamos de, si tal, tal, tal y esto falla o nos sale mal tenemos como este salvoconducto (...) ahora cualquier chaval o chavala puede ir a una farmacia y... conseguir la píldora y conseguir que no haya más problema" (H44).*

El GD4 es un grupo mixto en el que parecería que serían ellos los más inclinados a tomar precauciones y ellas las que se presentan como más desenfadadas y con prácticas más "imprudentes". No obstante, H41 proyecta la imagen de hombre responsable, informado y con un alto grado de auto-control. Por ello, llamamos la atención sobre la posible contribución de la situación a la producción discursiva pues debemos recordar que además de ser un grupo mixto en el que está en juego el valor sexual de las y los participantes, también se desarrolló en una sala de la Universidad con la censura estructural que esto pudiera suponer:

*"Pero aun así es lo que digo yo, no conozco a una persona, no sé lo que puede haber, lo que no puede haber, y... por un calentón no me juego una ETS" (H41).*

En cualquier caso, H41 sostiene que se cuenta con un abanico de posibilidades que contribuyen a restar importancia a un posible embarazo que, de un modo u otro, tiene solución y "si no está una opción está la otra". Las chicas del GD5 que más temen es el embarazo (M52 y M54) se oponen a M55 que considera más dañinas ciertas infecciones (VIH, VPH, gonorrea).

Ellas construyen de manera cooperativa el sentido de la prevención a partir de la percepción de riesgos: a M51 la da mucho susto que le peguen cosas y a M54 la da pánico quedarse embarazada. En general, con pareja estable desaparece la percepción del riesgo de contagio de ITS y se acentúa la percepción del riesgo de embarazo. Sin embargo, para las chicas con relaciones esporádicas del GD6, la utilización de preservativo aparece más vinculada a la prevención del embarazo que de ITS, puesto que, como se ha mencionado antes, en este grupo es frecuente el sexo sin condón o colocado justo antes de la eyaculación masculina.

## 5.2. La lógica de la confianza

Retomando el concepto de confianza que funciona como atractor semántico de los discursos del grupo de edad aquí analizado, y que se emplea para justificar el abandono de los métodos preventivos, se hará hincapié en algunos elementos que permiten profundizar sobre las formas en que opera esta lógica, como son el ideal del amor romántico y las nociones sobre lo "sano".

Según se ha observado, en la mayoría de los casos, la lógica de la confianza presiona hacia el abandono de los cuidados preventivos incluso en aquellas personas jóvenes que mantienen una lógica del cuidado bastante estricta en sus encuentros sexuales. Comprender de qué forma opera la confianza y seguir ahondando en esta problemática resulta clave en términos de prevención.

### 5.2.1. Construyendo la confianza desde el amor romántico

El mito del amor romántico entendido como una verdad absoluta sobre la naturaleza del verdadero amor (Ferrer Pérez, Bosch Fiol y Navarro Guzmán, 2010), planea sobre la construcción del sentido de la confianza de manera más o menos explícita, en las razones que jóvenes esgrimen para el abandono del uso del condón. Como veíamos, estas razones eran la confianza en la pareja sexual (especialmente en relaciones con cierta intensidad o duración) y el aspecto sano, cuidado y aseado (en las relaciones esporádicas). Esta lógica apunta en la línea de investigaciones previas que encuentran que en las relaciones románticas se asumen más riesgos, existiendo una fuerte correspondencia entre el romanticismo y la tendencia a rechazar el condón (Larrañaga, Yubero y Yubero, 2012; Calafat et al., 2009; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009).

Con el implícito de la confianza fundamentada en la monogamia, en la idea de que la pareja no puede contagiarnos nada malo, o en la ideología de la feminidad que entiende el sexo como abandono del control en nombre del amor (Holland, 1992), la pasividad frente al uso del condón se vive de manera natural en diferentes Grupos. Así lo expresan las jóvenes con relaciones estables del GD5:

*"Si es con mi pareja... Al principio utilizábamos un medio, pero luego poco a poco se fue quitando, no por decisión de uno, sino yo qué sé, fue algo fluido. También sabía que esa persona no iba a contraer nada, ya hablando de enfermedades. ¿Qué me puedo quedar embarazada? Pues sí, es verdad, está muy mal, pero yo te digo la verdad, no... es que no utilizo nada"* (M52).

También para las chicas del GD6 la confianza surgida por una relación resulta un motivo legítimo para el abandono del condón:

*"Que luego si tienes ya pareja estable y eso ya sí que le den por culo al condón por ejemplo, porque ya hay confianza y sabes que no tiene nada, pero de normal con gente desconocida... yo no"* (M66).

Es significativo aquí, que incluso en aquellos casos donde se mantienen encuentros intermitentes con ex-parejas o amistades con las que se ha tenido un vínculo afectivo anterior y aun cuando ambas personas continúan con una vida sexual activa por separado, el hecho de conocerse o haber mantenido sexo alguna vez contribuye a alimentar la lógica de la confianza:

*"Nada, que yo por ejemplo con amigos cercanos si he tenido algo, pues no he tenido cuidado, porque pues los conozco y eso, pero con gente de... de una noche he intentado utilizar y creo recordar que casi siempre he utilizado, menos alguna vez (...) También si lo conozco, si ya lo he hecho... por ejemplo con mi ex novio pues... como somos un grupo de amigos a veces pues pasa lo que pasa ¿no? Pues cuando cae pues no me lo pongo porque ya... he estado mucho... he estado dos años con él y es como... pa' qué... yo qué sé... si ya he estado con esa persona no me lo pongo, pero si no he estado sí me lo pongo... también del calentón depende mucho..."* (M63).

Igualmente entre los chicos del GD2, la confianza en la pareja o en los "follamigos" es un elemento fundamental para dejar de usar preservativo. Entre los hombres que tienen sexo con hombres es más frecuente hacerse chequeos médicos para confirmar que están limpios y negociar con la pareja el abandono del condón. A partir de ese momento se recurre a la confianza, fundamentada en los hábitos de cuidado, la apariencia sana y las analíticas:

H24: Yo con mi pareja, o sea con la que ya llevo un periodo de tiempo largo, en el momento en el que los dos hemos dicho: Ea! Limpio, limpio. Pues ya, a tomar por culo, no me voy a gastar dinero en condones, o sea no voy a tener.

H21: O amigos que no sean nuestra pareja, yo he estado... tengo varios amigos, y no... había confianza y de que no iba a pasar nada, sé que ellos se cuidaban y yo me cuidaba, o sea un ambiente sano.

H24: Sí, creo que en el momento en el que tienes una confianza, al menos tú, luego puede pasar lo que sea, en una persona pues sí que se puede decir de venga pues sí, pero con esto con ligues de una noche o con personas con las que todavía no estás muuu... pues dices... mejor no, me curo ese espanto.

En este sentido, conviene reflexionar también sobre cómo se construye la confianza en el marco de los encuentros esporádicos y qué es lo que hace que unas parejas sexuales inspiren o no la necesidad del uso del condón.

### **5.2.2. Del imaginario sobre lo sano**

La cuestión de la confianza no sólo se refiere al establecimiento de un vínculo afectivo. También intervienen las apariencias que inspiran mayor o menor confianza, especialmente en el proceso de negociación de una relación casual. Las nociones sobre lo que representa una "imagen saludable" y la importancia que se le atribuye a la hora de mantener sexo con un/a desconocido/a (Jacques-Aviñó et al., 2015) juegan también un papel fundamental en las decisiones sobre el uso del condón. Así, en el GD2, en el proceso de construcción del imaginario de la salud (como no riesgo) se identifica con la "apariciencia sana", lo que inspira confianza:

H25: Al menos alguien que tenga una apariciencia sana, que sepa... combinar algo de ropa.

I: ¿A qué te refieres con una apariciencia sana?

H25: Que tenga una apariciencia que diga... que no sea... A ver he trabajado en cuartos oscuros y en sitios de cruising y sé lo que es una apariciencia sana y quién dices... ffff... yo no.... yo no me atrevería a estar contigo ni una noche. Por el tema de ETS y todo... no... no me fio... (Risas)

H26: El hecho que una persona se muestre sana no significa que...

H25: Que lo sea, ya claro, obvio... para nada (...) Pero me da seguridad a mí

H28: Una camisa limpia hace mucho...

De esta forma, relacionan el estilo, la apariencia y la limpieza de la ropa con la salud, y con la ausencia de ITS, aunque saben que "el hábito no hace al monje" (H28). Dan importancia a la higiene en general y la bucal en particular (H22, H26).

El hecho de desconocer que la pareja sexual tenga alguna enfermedad, bien sea porque existe una instancia de comunicación en la que se declara que ninguno padece una enfermedad, bien porque algo les lleva a presuponerlo (por ejemplo, el conocimiento previo o los amigos en común), también presupone un escenario de salud, al menos en el sentido de que la enfermedad se presenta como improbable, alimentando la confianza:

H35: Y para delante....

H31: Y así lo hicimos. Ni pensé. Fue como... he perdido la noción de la vida y voy a la aventura. También era una amiga con la que tenía bastante confianza, bueno confianza, entre comillas, que era ya conocida y que sabía que no portaba nada malo...

En este GD3, para prevenir ITS, H35 prefiere postergar la relación sexual en caso que se trate de una desconocida o, en ocasiones, recurren a preguntar directamente por las ITS a la posible pareja sexual. H35 y H31 plantean la confianza como justificación para el abandono del condón, aunque sin establecer el nexo entre qué es lo que les hace confiar en la palabra de alguien que no conocen previamente, el hecho de ponerlo sobre la mesa les resulta suficiente:

H35: Con las personas que conozco, en plan, si yo conozco a esa persona y sé que no tiene nada no uso condón.

H31: Yo lo que suelo, lo que sí que me pasó una vez, fue, yo no tengo condón, tú no tienes condón, ¿alguno de tus amigos tiene condón? No. ¿Tienes alguna ETS? No. Vamos. Y ya está. Si confías en esa persona, al final...

H34: Pero a lo mejor esa persona tampoco lo sabe...

H31: Ya...

H34: Te vas a tu casa y tienes un sidazo, ¿sabes?

H31: Es lo que te digo, que tienes a lo mejor una clamidia, un sida, y no te das ni cuenta.

La lógica de la confianza incluye el hecho de explicitar la situación y consultar sobre la salud de la pareja también entre ellas (M64), el simple hecho de hablarlo otorga confianza y seguridad, aunque con cierta ironía:

M64: Hombre, también se lo puedes preguntar directamente, aunque sea para una noche dices: Oye, mira, vamos a hablar seriamente (risas)... ¿Tú tienes algo? La candidiasis o... Yo no la tengo ¿tú la tienes?

M65: Pero a lo mejor no te puede decir la verdad, es: Ah, no, no tengo nada... ah vale, pues ya está...

M64: Bueno, ahí entra ya que tú te lo creas o no pero tú le preguntas... ya eso también es prevención ¿no?

En el GD6, el elemento que todas utilizan para justificar el abandono del condón es la confianza en la persona con la que tienen relaciones sexuales. Salvo M64, que no lo utiliza nunca: "Yo no uso... y no repito nunca así que siempre es la primera vez y no uso nunca...". Tan sólo una de las integrantes (M66) mantiene una lógica preventiva del cuidado, incluso cuando está "ciega", aunque también en su caso la confianza es suficiente para prescindir del condón.

El GD3, incorpora un nuevo argumento: la falta de prejuicios, algo que en el proceso de construcción de sentido se termina asociando al azar:

H36: Yo no pienso eso, yo no hago distinción de una ni de otra, en plan, yo no, no pienso, no me fío de la otra persona, o sea, no, no tengo ningún prejuicio. Ningún prejuicio me lleva a decidir si usar condón o no, no sé si me he explicado, ¿sabes?

H35: Claro.

H36: Ningún prejuicio

H32: ¿Y tú qué haces para decidir? (risas)

H36: La verdad, la verdad....

H32: La ruleta rusa

La existencia de estas dos lógicas preventivas que apreciamos en los procesos de construcción del sentido en personas jóvenes en torno a su sexualidad, nos lleva a destacar que mientras el miedo al contagio actúa como promotor del uso del preservativo cuando se ha incorporado una lógica preventiva del cuidado, la lógica

de la confianza actúa en sentido contrario, dotando de otra significación a las prácticas sexuales y neutralizando el riesgo en toda su dimensión. Esta lógica se ve reforzada por la lógica del placer que parece ir imponiéndose en la población analizada.

### 5.3. La lógica del placer

El hedonismo y la inmediatez contribuyen a que el placer se imponga por encima de todo, también de los posibles riesgos para la salud. Tanto en ellos como en ellas se hace explícita la lógica del placer. Más extendido está el argumentario masculino, del que se hacen portadores los chicos con estudios medios del GD3. Ellos insisten en rechazar el uso del condón porque resta placer: "no es para nada lo mismo hacerlo con condón que sin condón" (H32). Incluso el que se muestra más concienciado con su uso opina que limita el sexo (H34). Presentan el condón como una tecnología desnaturalizada que interrumpe o interfiere con el curso "natural" de la sexualidad, imposibilitando el sexo "normal". El sexo protegido se semantiza como: "no real", "horrible" y "poco comfortable".

De entre las chicas, son aquellas del GD1 y del GD6, más informadas y que se declaran más feministas, las que despliegan el más amplio argumentario contra el preservativo por restar placer: son incómodos de usar, molestan (M11, M14: "me molestaba muchísimo el preservativo"), se pierde autenticidad: "A mí es que el sexo con condón me parece... un poco satánico... me parece súper poco real, no me gusta nada..." (M13); "Es que le quita... sustancia a la cosa..." (M63); "No se nota nada...", (M64). En algunos casos reconocen usarlos por cuestiones de salud pero con poco convencimiento y ningunas ganas:

*"No, claro, si yo cuando me he dado más reparo, cuando... oye que pónitelo y tal, pues eso, por cuestiones de salud y demás, pero a nivel de realmente lo que quieres hacer... pues sin condón, obviamente, o sea... no sé" (M11).*

Incluso cuando no hay confianza ni conocimiento previo, la impulsividad del deseo sexual se impone sobre cualquier lógica salubrista:

*"Lo mismo te dice, pues sí, he mantenido prácticas de riesgo, pero tienes tanto interés en mantener una relación sexual con esa persona que te da igual... pues nos da igual..." (M12).*

Algunas chicas expresan haberse "acostumbrado a no usarlo" (M63; M64) y la dificultad que les supone integrarlo dentro de la relación. Siendo precisamente esa dificultad para erotizar el uso del condón uno de los principales obstáculos para su uso sistemático y generalizado.



En este GD6, se critica el desconocimiento del cuerpo y del placer femenino con el que los hombres pueden iniciar una relación. Ellos gozan del privilegio de que sus compañeras sexuales siempre saben cómo satisfacer a un hombre pero no sucede lo mismo a la inversa pues, con frecuencia ellos no saben cómo estimular el clítoris (M64, M62); a veces, ni siquiera saben dónde está ubicado (M66); no saben practicar el sexo oral (M64, M63, M66, M65); no saben acompañar a la mujer para que alcance más de un orgasmo (M66, M61). En este grupo parece no haber más opciones que una relación coital, basada en la penetración donde el hombre debe tener ciertas cualidades: un pene de cierta forma, un movimiento sincronizado y mantenido en el tiempo... No se vislumbra el establecimiento de una relación igualitaria. Se espera a que las cosas transcurran según unos estándares o protocolos preestablecidos e implícitos.

Sin embargo, en el grupo más tradicional, el de las chicas con relaciones estables, aunque se asocia el acto de colocar un condón a la idea de un "parón" incómodo en medio de la relación sexual (M51, M52, M54). Esta incomodidad parece atenuarse a medida que se incorpora su uso a la dinámica sexual:

*"Un parón que tú tienes, en el que él está desnudo, tú estás desnuda, tú te sientes insegura, él también se puede sentir inseguro, es un poquito incómodo, pero ya cuando estás por ejemplo con tu pareja, y lleváis veinte mil relaciones sexuales, y ya os conocéis, y os gustáis mutuamente, pues no. A mí, en mi caso, por ejemplo, no se me hace incómodo. Es algo normal, es algo que está totalmente normalizado para mí, por ejemplo" (M51).*

En ocasiones, ellas atribuyen a sus parejas hombres la imposición de la lógica del placer, cediendo ellas a sus deseos al ser arrastradas por la situación. De modo que la lógica del placer masculino se impone sobre la lógica preventiva del cuidado:

*"De decirle yo.... Venga, pónitelo y dice, bueno espérate un poquito, un poquito más y ahora, ahora, pero al final ese ahora ya se convierte en el calentón máximo y ya aunque tú quieras, al final no se lo pone, entonces pues... la mayoría de veces... o también decir, no que así siento mejor, sin preservativo siento mejor..." (M15).*

En otras ocasiones son ellas las que reivindican su preferencia por el sexo sin condón:

*"Y sé que me he arriesgado mucho (...) está mal, pero es cierto que a mí si un chico me ha dicho, no quiero usar preservativo y para mí estábamos en plena confianza, yo... pero no es que haya cedido, es que yo lo prefería ¿sabes?" (M14).*

## 6. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

La población joven consultada no dispone de información amplia y rigurosa respecto a las ITS. Esta desinformación pudo constatarse en los seis grupos, aunque con diferentes intensidades: si bien algunos jóvenes parecían conocer algunas ITS (especialmente a través de experiencias en sus redes próximas) e incorporarlas al discurso cuando se abordaba el tema de los riesgos, observamos asimismo que una y otra vez se confundían nombres y formas de contagio, desconocían los tratamientos y pruebas específicas para detectarlas, reproducían estereotipos y asociaban su conocimiento más a spots publicitarios que a una educación sexual seria y rigurosa (procedente del medio escolar, la familia o del ámbito de la salud).

Las jóvenes del GD1 aprecian una clara diferencia entre la atención y los medios que se destinan desde los poderes públicos hacia prevención de ITS entre mujeres que tienen sexo con mujeres en comparación con los dedicados a hombres que tienen sexo con hombres, donde son conocidas desde hace décadas las campañas de prevención (especialmente del VIH). Esta carencia les produce un sentimiento de desprotección por parte de la sociedad. La interpretación que realizan de esta falta de interés hacia las mujeres parte de su inclusión en las estructuras patriarcales dominantes:

*"Pasa justo lo contrario que con la homosexualidad masculina que precisamente es donde más fuerte se ha visto la campaña de preservativos, que hay que usar por todo el rollo de cuando empezó el SIDA y demás y... pues con la homosexualidad femenina pues todo lo contrario... ah! Qué más da... si vosotras sois mujeres, vosotras no vais a coger nada, sois seres divinos y puros y... estáis libres de rayadas..." (M12).*

Los chicos del GD2 utilizan justificaciones pseudo-científicas o expertas para explicar las formas de contagio de ITS. Justificaciones destinadas a minimizar los riesgos a los que se exponen cuando practican sexo oral sin condón (todos ellos reconocen no utilizarlo en este tipo de práctica):

H27: Es que en el sexo anal las microfracturas que puedas tener eso ya... con que te toque una gota de semen ya... te infecta. Pero en la boca... no tanto. No existe...

H24: Sí que es cierto que la probabilidad es bastante rara, pero existe también.

H27: Hay más lubricación en la boca.

H26: Y normalmente no hay heridas abiertas tampoco, porque según tengo entendido, el tejido de la boca es el que más rápido se regenera, a no ser que tengas un montón de llagas...

H28: Por eso se dice que no te puedes lavar la boca ni antes, ni después de un... frotar de una felación porque como se puede hacer herida.

H21: En las encías.

H28: Pues de ahí va, tapilla. Que esa información [Risas]... Todo por haber investigado en sus momentillos.

En este grupo se mantienen ciertos estereotipos y prejuicios sobre el contagio de VIH (hablan de SIDA, no de VIH) y carecen de información específica sobre los recursos actuales para protegerse de la exposición especialmente cuando no se utiliza condón:

H22: Lo de la PrEp esa me pone mucho de los nervios y nunca lo haría con una persona que me dice tomo PrEp.

H23: ¿El qué es eso?

H25: [Varios a la vez] Sí, para que no te de sidita.

H22: Pero es que con una persona que me diga eso nunca lo haría.

H28: ¿Pero eso es legal en España?

H27: Sí, claro.

H21: No, no. Yo he visto a gente...

H21: Pero igualmente el SIDA no es la única ETS que existe es como... no te protege de las demás

H21: No, que el PrEp, yo sí que he visto que está en Grindr, o sea, hay chicos que lo ponen, aún sí te da opción de decir que la tomas...

La relación que se establece con los sistemas de salud como centros de información y atención específica, no parece quedar del todo clara para estos jóvenes que carecen de información sobre los recursos disponibles, vacunación y riesgos:

H27: Yo me gustaría preguntar... porque yo la semana pasada fui a hacerme las pruebas de general, porque fui con un chico que le salió cándida en la garganta. Y él se hizo las pruebas, salió limpio y tal, pero igualmente yo me las hice y cuando fui allí, me comentó la doctora si me quería... la vacuna de la hepatitis A, y yo qué sé, como justo fue que me dijisteis de venir, me gustaría preguntar: ¿vosotros tenéis la vacuna o habéis pensado en hacéroslo?

H21: Sí

H28: Tengo que ir.

H24: Yo sí, pero por... o sea... se hizo una campaña el año pasado, yo creo que fue, en lo de los programas sexuales

H21: Yo fui a buscar unos análisis de ETS y en el acto o sea vieron que no... no estaba vacunado de la hepatitis A, y... Dijeron, bueno, ¡venga! Te la ponemos ahora mismo, o sea, fue al instante. Pero sin embargo, me dijeron que en adultos puede ser fulminante y que en las relaciones homosexuales tenemos mayor probabilidad de contagiarnos.

H22: Oye, yo fui hace dos meses y no me dijeron ná.

H27: A ver si me voy a asustar.

H25: Mírate la puntilla.

En el GD3 se aprecia mucha confusión. Ninguno se ha hecho análisis médicos ni tienen experiencia de contagio. Como en el GD2, hablan de SIDA no de VIH. Las fuentes de información sobre las ITS que manejan son: internet, los anuncios de Durex y series de TV, como "Big Mouth". Profundizan a través de Google y en algunos casos, recurren a la familia:

*"Como dije antes a través de series, un anuncio, que, te puede informar y tú buscas después porque el anuncio dentro de lo que cabe pueden manipular o no manipular. Pero tú coges y buscas después lo que es, te interesas, investigas, incluso yo con mis padres alguna vez pues sí que me han dicho pues, el sida es esto, no sé qué es esto" (H34).*

Durante la discusión, H31 introduce las "ETS silenciosas", como la clamidia, y explica qué es a H36 que desconoce el nombre y a H35 que piensa que son hongos. Pese a conocer del tema, H31 cree que la gonorrea o la clamidia no se contagian con el sexo anal.

Además, a partir de una analogía con la conducción temeraria se plantean el dilema moral de contagiar a alguien:

H36: Pues que igual que un accidente de coche pues te la puedes pegar igualmente. No estamos concienciados.

H34: No, la gran mayoría no está concienciada, y por eso pasa lo que pasa.

H32: Yo voy a decir una cosa desde mi punto personal que él ha sacado lo del coche, y es que, yo me saqué el carnet de conducir y antes de hacer el año perdí el carnet, en plan, perdí todos los puntos [...] luego yo ya me conciencí y es que tío, me podía haber matado, es que me puse a 170 en la autovía.

H34: Eso es poco tío...

H31: Eso tampoco... lo malo es que te pille el radar.

H32: Exacto, porque me pilló. Pero el caso es que dices bueno, a lo mejor no es tanto, pero ya no es que me muera yo, y si se muere otra persona. Ahora, con lo de la sexualidad dices, coño, es que a lo mejor, me puedo vivir con sida o con un gonorrea o con algo y tío, muy, muy puteado.

Las personas jóvenes del GD4 parecen ser las más informadas respecto a las ITS. Introducen aspectos que no se mencionan en el resto de grupos, manejan información y lo hacen desde un lugar de seguridad. Discuten, de manera espontánea sobre la detección de las ITS, la diferencia entre posibles portadores y aquellos que la desarrollan, las posibilidades de contagio... todo ello relacionado con la falta de educación sexual y con el escaso rigor de la información que manejan:

H44: Exactamente, a lo mejor ni lo sabes, porque hay muchas incluso, infecciones...

H41: Ni se manifiestan tampoco, que puedes ser portador y... no te has dado cuenta nunca...

M45: Con el herpes pasa mucho, que hay mucha gente que es portadora del herpes y no se le ha manifestado ni le ha dado síntomas nunca y... luego se lo han pasado a alguien y a esa persona sí se le ha presentado.

H41: La sífilis tarda años en aparecer... Muchos tipos de hongos que salen, no afectan a las mujeres pero sí se nos quedan a nosotros... y viceversa. Por eso, que veo también que dentro de toda la información que hay, sigue habiendo falta de educación sexual.

M43: Pero muchísima.

H41: Muchísimos mitos, muchas leyendas urbanas, y mucha desinformación.

De los chicos de este grupo, sólo H44 relata haber tenido hongos, tampoco las participantes de los grupos de discusión GD5 y GD6 han tenido nunca una ITS (aunque en el GD6 tuvieron algún susto al respecto). Algunas sí tienen conocimiento a través de experiencias de otras personas más o menos cercanas pero en ningún caso manejan información rigurosa ni identifican las infecciones:

*"Una amiga mía pilló un hongo que flipas... que era como..., no sé qué nombre era, tanto interno como externo, una cosa súper blanca y también como que tenía el chocho súper hinchado... una cosa súper fea, la verdad... y estuvo un montón de tiempo con tratamiento... era pero... una cosa horrorosa..." (M65).*

En el GD6, como en el GD3, aparecen los anuncios de televisión (Durex) como recurso inmediato en lo que hace a las fuentes de información y se refuerzan ciertos estereotipos asociados a las ITS. Además, manifiestan su inquietud sobre los riesgos asociados al sexo oral. La utilización de preservativo como medio de protección en el marco del sexo oral ni es conocida por todas (M62, M63: "Ah, yo no sabía que se puede pillar todo chupando, la verdad..."), ni es utilizada por ninguna de las participantes del grupo, aunque exista el conocimiento del riesgo (M64, M65, M66).

En el GD4 se menciona la recomendación de realizarse chequeos médicos con regularidad (H41 y H42 sostienen hacerse pruebas de ITS una vez al año o cuando tienen algún percance tipo rotura del condón) y la desinformación que existe en este sentido:

*"Porque se te ha roto el condón, vale, el riesgo de embarazo lo tienes superado, pero ni sabes lo que tú puedes tener ni sabes lo que tiene la otra persona. Entonces se ve muy bien la píldora del día después cuando tienes un accidente, pero es lo que tú dices, no se promueve que después de un accidente te hagas unas pruebas, y yo creo que muy poquita gente de nuestra generación está concienciada un poco de tener una regularidad de ir al médico, un chequeo (...) Y nos tatuamos, compartimos botellines, un colega se hace algo y tú en seguida vas... y es una cosa que, es un análisis de sangre rutinario, y en un chequeo. Si tú simplemente pides la prueba de ETS... van enfocadas a eso y te quedas tranquilo. Yo es algo que tengo por costumbre desde que tengo prácticamente relaciones sexuales" (H41).*

La desinformación alimenta los imaginarios del miedo así como a la continuidad de los estereotipos y prejuicios. A su vez, fortalece las excusas y justificaciones destinadas a minimizar el riesgo en sus prácticas sexuales.

## **6.1. Virus del Papiloma Humano (VPH): (des)conocimiento sobre virus y vacuna**

Uno de los objetivos de esta investigación es estudiar la relación entre la adopción de conductas preventivas frente a ITS y la vacunación contra el VPH. En este sentido nos encontramos con un desconocimiento general entre la mayoría de las chicas, que iba sobre todo lo relativo al VPH como enfermedad (qué es, cómo se contagia, cuáles son los riesgos, cuál es el tratamiento) hasta su confusión sobre si habían sido o no vacunadas contra el virus, cuándo y de qué manera, cuántas dosis y qué implicaciones tenía esa vacunación.

Las chicas participantes en la investigación pertenecen a las primeras generaciones de niñas de 14 años vacunadas en Andalucía contra el VPH dentro del plan de vacunación escolar. Si bien esta vacunación no era obligatoria y requería del consentimiento de los progenitores, en la discusión dentro de los grupos surgieron los temores que la vacunación generó en aquel momento (2008) y las chicas reprodujeron las justificaciones que recibieron en sus casas respecto a la decisión de vacunarse o no. Aquellas que no fueron vacunadas argumentaron que: se trataba de una vacuna experimental; la vacuna no estaba casi probada; había serias dudas sobre su eficacia o que solo respondía a intereses farmacéuticos ocultos.

### **6.1.1. La experiencia personal como instancia de legitimación**

Se constata una vez más la falta de información y de formación en salud sexual. Cuando las participantes manejan información sobre el VPH, es información procedente de la experiencia personal o de sus redes de amistad. Al ser preguntados por alguna ITS que tengan o que sepan que tiene alguna persona de su entorno, lo primero que mencionan es el VPH. M43 tiene una amiga a la que tuvieron que vaciar a causa del VPH y una tía con cáncer de cuello de útero, sin embargo, esa proximidad al virus no ha repercutido en unas estrictas prácticas preventivas. Aun siendo de las más informadas sobre el VPH (habla de las cepas del virus), M43 relata usar desde la marcha atrás hasta la Píldora Anticonceptiva de Urgencia.

La baja percepción de que el contagio del virus pudiera implicar un riesgo para la salud se refleja también en la siguiente reflexión producida en el GD1:

*"Nada, o sea,... a la chica con la que estoy ahora el verano pasado le saltó como... o sea se tuvo que quitar incluso un trocito de útero y entonces, pues pensando con quién se había acostado era como... vale, creo que ha sido Luchi y con otra amiga nuestra y ya era como..., entonces pues... todas tenemos el papiloma ¿no? Porque si yo me he acostado con Luchi y ahora Luchi se ha acostado con tal y [...], Paula tiene el papiloma yo creo que Marta no tiene nada, o sea, como que a ella no se le ha manifestado pero a su novia sí... a Erica se le ha manifestado y a Luchi no ¿sabes? Entonces es como... estamos ahí, pero es verdad que nunca ha habido una situación ni de ladillas, ni de... sífilis ni nada de eso ¿sabes? Lo único que he escuchado en chicas de hecho ha sido lo del papiloma..." (M14).*

El vínculo que se establece entre la confianza en el grupo de amigas y la percepción de reducción del riesgo de transmisión de ITS prevalece incluso en situaciones de alta probabilidad de contagio:

*"Yo nunca he usado anticonceptivos con chicas pero porque en mi caso, casi todas las relaciones que he mantenido con chicas han sido muy endogámicas, mi grupo de amigas es bastante grande y... tengo que ir a hacerme pruebas del virus del papiloma precisamente por eso y ha sido de una a otra" (M14).*

La falta de rigor en la información que manejan contribuye a la reproducción de estereotipos:

*"Pues una niña que yo conozco se tiró a uno... bueno, y se ha tirado a pila de cantantes de estos raperos traperos que están todos infectados y cogió el papiloma ese, que eso te tienes que dejar una pasta en tratamientos para curártelo, ponerte inyecciones todos los días... le salieron como verrugas o algo así..." (M61).*

### **6.1.2 La polémica vacuna contra el VPH**

La vacunación se realizó de manera voluntaria, en los años en que estaban en el Instituto, sin que recuerden la fecha exacta (mencionan catorce y dieciséis años) y bajo la responsabilidad de progenitores o tutoras/es. No están seguras sobre la cantidad de dosis que debían ponerse y que se pusieron finalmente cada una. Algunas no se vacunaron por recomendación de sus mayores, también se tiene conocimiento de otras compañeras que rechazaron la vacuna porque no estaba "casi que ni probada" (M14) o porque se trataba de una vacunación "experimental" (M17).



Existe clara desinformación sobre la capacidad de la vacuna para prevenir contra el contagio de un virus con casi cincuenta cepas aunque alguna sí matiza que no sirve para proteger de todas las cepas. Tampoco hay conocimiento certero sobre la posibilidad de contagiar el virus a otra persona. El tema de la vacunación no genera gran interés ni asociado a la idea de riesgo ni asociado a la tranquilidad que puede generar el hecho de estar vacunadas contra el VPH. "Sí, pero yo estoy vacunada y mi madre (que es enfermera) me ha dicho que puedo tenerlo, o sea, que... que es eso, se te manifiesta o no se te manifiesta" (M14).

Son varios los casos de chicas no vacunadas (dos chicas del GD4, M45 por deseo expreso de su madre farmacéutica, tampoco M55 del GD5 ni M66 del GD6) y a la que sí lo está no le produce ninguna tranquilidad adicional estar protegida de algunas cepas del virus.

Respecto al nivel de información sobre el VPH, el GD4 destaca por mostrar conocimientos más extensos y precisos: M43 por la proximidad a mujeres con el virus y/o con cáncer de cuello de útero; H44 conoce tanto la polémica sobre la efectividad y la seguridad de la vacuna como del estado incipiente de los ensayos clínicos y los posibles intereses farmacéuticos tras su inclusión en el calendario de vacunación oficial. M46 aporta más datos sobre cómo era el tema de la vacunación:

*"Esa vacuna por lo menos en mis años se la pusieron a las niñas del noventa y cuatro para abajo, gratuitamente, y eran 13. Si habías tenido relaciones sexuales no te servía de nada por lo tanto, no te la podían poner. Que eran más de 4, las tenías que pagar, y cada una costaba un pastón, y... Tampoco es que nos informaran mucho, fue una prevención de estas" (M46).*

Las referencias a las posiciones reticentes a la vacunación van desde un lugar bastante despectivo por parte de M45, pasando por la polémica que suscitó en casa de M43 pues sus progenitores no se ponían de acuerdo sobre la conveniencia o no de vacunar a su hija. Hasta la desconfianza que genera el hecho de que esa vacuna no estuviera probada:

M46: A ver, una vacuna que no lleva nada de tiempo como quien dice en uso, entonces que a mí me la pongan, en primera partida, de, digamos, vamos a hacer las pruebas, te la ponen gratis, el cole no te informa, tus padres tampoco... total que llegas un día, te la ponen.

M43: A mí me la pusieron así, tú tranquila.

M46: Gracia ninguna la verdad. Si me lo dices dentro de 15 años mira, comprobadísimo ya que la vacuna hace tal, pero no sé...

De las jóvenes de los grupos GD5 y GD6, son varias (dos de cada grupo) las que no saben o no recuerdan si están vacunadas: "Yo no lo sé..." (M62); "A mí en el instituto sé que me han puesto vacunas pero no sé de qué, la verdad..." (M61). Del GD5, tres chicas recuerdan estar vacunadas contra el VPH (M51, M52 y M54) aunque no recibieron información al respecto y tampoco se han informado después. M55 no está vacunada pero es la que más información parece manejar -aunque cargada de mitos y prejuicios- y se siente más responsable por el hecho de ser madre. M55 es quien habla de la posibilidad de que el virus derive en cáncer de cuello de útero.

Mientras que en el GD6 en ningún momento se manifiesta el conocimiento expreso de la relación entre la vacunación contra el VPH y el riesgo de desarrollar otras enfermedades. En el conjunto de participantes, dos no recordaban si tenían o no las vacunas (M61; M62); una no había completado las tres dosis indicadas en esa edad (M63); dos sí se habían vacunado de las tres dosis indicadas (M64; M65) y una no había sido vacunada por decisión de sus progenitores y está deseando hacerlo:

*"Yo no me vacuné porque mi madre era un poco anti vacunas y yo... bueno, y... o sea, como que no me dejaba y esos días me dijo como que no fuera al colegio y yo quería ponérmelas pero bueno... y ahora vivo con mi padre y mi madre es como: Póntelas, y pregunté, pero te cobran una pasta, te tienes que gastar quinientos y pico de euros en las tres dosis.... Y hasta los veintiséis años se supone que sí te las puedes poner.... (...) ya sí puedes haber follado... y yo estoy ahí ahorrando ¿sabes? Para poder ponérmelas..." (M66).*

### 6.1.3. Vacunación y prácticas preventivas de las chicas

En general, las lógicas y estrategias preventivas no se relacionan con estar vacunadas, ni este hecho parece condicionar la percepción del riesgo de contagio de VPH, aunque existen jóvenes que sí lo mencionan y conocen en mayor o medida los datos y las polémicas que rodean al tema.

Como ya comentamos para M43 el VPH no supone la principal amenaza dado que conoce a gente que ha contraído el virus y lleva vida normal. Además es consciente de que la vacuna no protege de todas las cepas por lo que no le aporta seguridad extra. Sin embargo, el "SIDA", la gonorrea y la hepatitis (que también clasifica como de transmisión sexual) sí la asustan más:

*"No, no me da la tranquilidad, porque la verdad es que el papiloma no es lo que más me asusta. De hecho conozco a muchas personas que tienen, que han contraído el papiloma a través del contacto sexual y tienen vida totalmente normal. O sea, no pasa nada, no es... pero hay otras enfermedades de transmisión sexual que me asustan mucho más como por ejemplo en el caso del sida, o de una hepatitis, o gonorrea, o ese tipo de enfermedades. O, o incluso otro tipo de herpes, porque hay herpes que son visibles, hay herpes que no. Y por ejemplo herpes visibles es un marrón, pero que te cagas, eso es horrible. Pues preferiría que no me pasara nunca, entonces yo nunca abuso de la confianza de una vacuna que para empezar no sabía ni cuántas cepas incluía ni nada. No, no puedo estar segura, así que no, no me da ninguna tranquilidad extra" (M43).*

Una de las integrantes del GD5, relaciona la falta de tranquilidad que le suscita el hecho de estar vacunada, con la ausencia de información:

*"Es que volvemos a lo del tema de la información, yo fui, me buscó mi madre, me la pusieron tal y cual, pero tampoco me informaron, ni me hicieron un despliegue de información impresionante, ¿sabes? Yo se lo comenté a mi madre y mi madre dijo: `coño, pónstela`, no sé qué. Pero a día de hoy es que no sé prácticamente nada"(M51).*

En el GD6 se introduce la preocupación sobre la eficacia en sí de la vacuna para prevenir todo tipo de contagio:

M66: Porque es que el papiloma, es que lo tiene un montón de gente... y ahora se supone que hay mucha peña que lo tiene y lo está ahí transmitiendo... y vaya, eso es una cosa que hasta poniéndote condón lo puedes transmitir de... del papiloma (...)

M62: ¿Ah sí?

M66: Porque si tienen verrugas en lo que es la zona pélvica y tú en plan como es contacto con contacto se te pega...

Consideramos que el desconocimiento sobre el VPH, sobre la vacunación y sobre los efectos de la vacunación es un hecho significativo que reclama actuaciones urgentes por parte de las autoridades educativas y sanitarias.

## 7. DROGAS EN RELACIONES SEXUALES

### 7.1. Consumo de sustancias psicoactivas: argumentos y usos diversos

El sentido que le atribuyen al hecho de consumir drogas ocupa una posición central en algunos grupos. Entre ellos se observan diferentes posiciones discursivas:

1. Defensa del consumo de sustancias recreativas asociado al "vivir la vida", "vivir al día", "vivir el presente": aprovechar las oportunidades, la juventud y el poder desinhibidor de determinadas sustancias.

Entre quienes priorizan el "vivir bien" por encima de todo se encuentra H26: "Estamos aquí para vivir bien, no para vivir mucho". Aunque, en general, en el GD2 el discurso aboga por un consumo responsable y moderado de las sustancias psicoactivas con fines recreativos. En él, cada persona hace un uso controlado y responsable de las drogas (H21, H22 y H24).

Entre las chicas del GD6 se percibe el consumo de drogas como un facilitador de la desinhibición, el contacto físico y la libre expresión de la sexualidad:

*"No sé, a lo mejor es como que dejas de pensar en ciertas cosas que te pueden... echar atrás cuando estás sobrio del todo entonces que no estés dándole vueltas a esas cosas hace que (...) no te concentres tanto y el cuerpo hable por sí solo" (M64).*

Argumento compartido por parte de los chicos del GD3 que se plantean el colcón como una necesidad si quieren ligar: "Para mí, en el primer contexto, tienes que estar colocado (...) yo soy una persona que no considero que pueda ligar con nadie" (H35), en oposición a la confianza en uno mismo, necesaria para "entrarle a una persona" (H31).

2. Uso de las drogas para escaparse o evadirse de una realidad difícil de gestionar.

Otros recurren o bien a la historia para defender la normalidad de su uso desde tiempos remotos (H24) o bien a su utilidad para "escapar de un ámbito familiar "horroroso" y represivo (H24 y H25) o de la explotación laboral (H25).

3. Crítica del consumo de sustancias psicoactivas por la exposición a riesgos de seguridad y salud que puede suponer.

En el GD2 alguno critica el uso de "drogas" apelando a los efectos nocivos para la salud y a la necesidad de cuidarse que afecta a los homosexuales por carecer de descendencia (hijos/as) que cuiden de ellos cuando se hagan mayores (H28). Además: "¿Qué necesidad de tomar droga? Es que esa es la cosa ¿Si al final de qué te sirve? Lo único que hace es destrozarte el cuerpo" (H28).

También en el GD6 se manifiesta el temor a que el consumo de drogas te produzca una situación incómoda o desagradable, pero en otro sentido. Aquí refieren la posibilidad de que te sienten mal, "te dé un chungo" (M61, M63) y, como mujeres, se alude al riesgo al que se exponen al estar colocadas (M64, M66).

4. Renuncia al uso de drogas para disfrutar de la sexualidad con lucidez.

Algunas de las participantes sostienen que utilizan medios de protección más allá de la situación particular en la que se encuentren: de fiesta, borrachas o colocadas (M12). Incluso defienden que el sexo es una experiencia que merece la pena vivirla con todos los sentidos (M11), sin colocarse de ninguna manera. De la misma opinión es M43 pues cuando está borracha solo quiere bailar, el sexo lo prefiere estando sobria.

Por tanto, respecto al sexo bajo los efectos de las drogas manifiestan diversidad de opiniones y preferencias, hay quien prefiere experimentar con ellas y quien prefiere mantener el control. Además, distinguen diferentes efectos en función de la sustancia/s y la cantidad ingeridas.

### **7.1.1. El alcohol como lubricante social**

Las chicas del GD1 relacionan el consumo de alcohol con un efecto general de desinhibición, de pérdida de vergüenza (M14, M12, M11):

*"De hecho yo creo que (el alcohol) ayuda ¿no? Porque a lo mejor casi ni te podrías acostar casualmente una noche con alguien porque... no sé" (M14).*

Esta capacidad de desinhibición también es atribuida al alcohol por algunos componentes del grupo de hombres que tienen sexo con hombres (GD2) aunque no hay acuerdo, más bien posiciones encontradas:

H21: Contentillo mejor, pero bueno, o sea ... [Risas]

H28: ¿En serio?

H27: Para mí no, borracho... uno está más desinhibido, menos concentrado.

H28: Yo prefiero tener todo el control de mis facultades.

H24: A mí me pasa exactamente lo mismo, claro! ... De hecho sí que una vez pues sí use una droga follando... y fue una cosa horrorosa [Risas] no.... No me gustó para nada, entonces...

Es decir, en el GD2 encontramos diferentes asociaciones con el alcohol desde "lubricante social" (H24) o desinhibidor para ligar, hasta excusa para lanzarte o como justificación para otras prácticas sexuales ("te la chupo y todo"). Claro que esto ocurre tanto en los grupos de orientación homosexual como heterosexual. En el GD3, en general coinciden en señalar que el alcohol desinhibe y ayuda a la hora de ligar.

*"Yo es que por ejemplo cuando estoy borracho me pongo todo guarro. Entonces, en el aspecto de que, si estás borracho ahí y ligando con la tía, es como más fácil. Te desinhibe una pila para decirle cualquier cosa, y si los dos queréis, va a dar igual que le digas alguna cosa sobre su culo, ¿sabes a lo que me refiero?" (H35).*

No obstante, H31 es el único que afirma "que los mejores polvos en verdad son cuando estás de fiesta borracho perdido". H35 y H34 no tienen experiencia en rollos ocasionales bajo los efectos del alcohol y valoran la confianza. En esta línea se sitúa también H36: "yo es que cuando voy colocado no puedo ligar".

H33: A ver, muy colocados tampoco, porque como estés muy muy colocado... yo por lo menos muy colocado no rindo.

H31: Yo colocado rindo más que sobrio. Como solamente he probado el alcohol, es lo que me funciona para echar un polvo.

H35: Yo como vaya muy colocado me olvido...

H33: A ver, colocado me refiero a alcohol y si te echas algún porrito, ya está.

H31: Pero es que yo por ejemplo el alcohol para mí me sirve como una Viagra, tío. (...) Hay gente que le hace para abajo.

H33: A mí, a mí. Me cuesta una pila.

En general, se observa la tendencia al consenso respecto a las dificultades para mantener relaciones sexuales estando muy colocados. H35 sostiene "no follar" en las fiestas por preferir contactar otro día por WhatsApp o Instagram si le ha gustado una chica y va muy "morado". Es decir, H32, H33, H34 y H35 disfrutaban más de las relaciones sexuales "lúcidas" y solo H31 disfrutaba más bebido.

Las chicas confirman que el alcohol no favorece a los hombres cuando quieren mantener relaciones sexuales. En el GD5 emplean un lenguaje más formal mientras que en el GD4 hablan abiertamente de "gatillazo". Los chicos aluden al posible "gatillazo" como ejemplo de la mala combinación del alcohol con el sexo, en una de las pocas ocasiones en las que utilizan el "Nosotros" para referirse al colectivo de hombres:

H41: La verdad es que no me he drogado nunca, si he cogido pedales buenos, de... que lo último que se te ocurre es que se te levante [Risas] Entonces yo creo que... en nuestro caso el alcohol condiciona poco [Risas] Porque a más bebidas, menos funcionamos.

H43: El gatillazo es el mejor anticonceptivo [Risas].

H41: Ir pasado de cubatas, eso es lo menos peligroso, vamos.

### **7.1.2. Cannabis: entre el sueño y la sensibilidad aumentada**

Cuando el alcohol se combina con "porros" (marihuana o hachís) pueden tener efectos muy diversos en la vivencia de la sexualidad. Por un lado, se asocia su consumo combinado a la falta de lucidez y a la pérdida de libido (M12), al sueño (M66) y a la sequedad genital (H44), pero, por otro lado, se le atribuye un aumento de la capacidad sensorial, de entretenimiento y de diversión (M14, M11), también de la excitación (M64). Diferencias posiblemente relacionadas con la disposición y las expectativas de la persona consumidora, además de con la cantidad y la calidad de las sustancias ingeridas. No obstante, en el GD1, también se matiza que el consumo de alcohol o drogas puede aumentar la dificultad para llegar al orgasmo (M14).

En el GD2 añaden la distinción, de efectos en las relaciones sexuales, en función del tipo de sustancia recreativa: con cannabis más ligero (H22 y H26); con cristal, más rápido (H22); con alcohol, mareado (H24):

H22: Depende mucho. No es lo mismo follar porque estás fumao, que follar colocao subiendo... es diferente, o sea... con porros pues yo recuerdo que era como más... mmmm... ligero... no sé cómo decirlo, creíble. Y con el cristal fue más directo, más... venga, rápido.... No sé, esa es mi experiencia. Qué depende mucho también la droga de los efectos que tengan.

H24: También te digo, es como, por ejemplo, me pasó, borracho, follar con un... con un mareo... no sé.

H22: ¿Ves? Pues con el éxtasis no tengo... no tenía yo, por ejemplo, no tuve nada de eso. Fue...

H24: O lo mismo te da por ponerte nervioso, en plan...

En el GD6, la marihuana se asocia al aumento del placer (M63) a sensaciones de mareo o sueño (M66) o de sequedad (M64) en función del uso más o menos frecuente que se hiciera de ella en la vida diaria o la variedad utilizada. El hachís se asocia a un aumento de la excitación (M64), lo mismo que el alcohol (M63) o el éxtasis (M65, M66). Éste último, el éxtasis, también se asocia al "buen rollo" y a un aumento de la sensibilidad (M66):

*"Yo es que las únicas drogas que he probado, alcohol y marihuana. En todos sus formatos la marihuana, y, cuando fumaba la "yerba". "Yerba" o polen, porque, al menos a mí, la "yerba" y el polen me relaja un montón y es como buaaah, como lo estoy sintiendo todo, lo estoy flipando, pero... igualmente es que no... prefiero estar sobria en todos los aspectos cuando tengo relaciones que bajo la influencia de cualquier sustancia" (M45).*

Aunque es ella quien relata un juego con la Viagra:

*"Que coges y en seis botellines de cerveza, en uno, aleatorio, metes una Viagra, pues así, hecha polvo. Y mezclas los botellines y todos los amigos cogen, se van de fiesta, se bebe cada uno una botella y no sabes a quién le ha llegado" (M45).*

### **7.1.3. Popper: el momento decisivo**

Solo en el GD2 aparecen sustancias como el Popper, directamente relacionado con el sexo anal, "mefe" (mefedrona), GHB o "chorri" (GBL). De hecho, el Popper aparece más asociado a relaciones homosexuales, aunque no exclusivamente:

H21: Yo sólo he tenido sexo borracho, y no era muy borracho, o sea... estaba plenamente consciente. Pero me han dicho que emporrado es muy gratificante y luego tengo amigos que utilizan Popper, para... [Risa] dicen que, tanto para activos como pasivos, dicen que viene muy bien para tener sexo, que...

H24: Te abre

H27: Se supone que te dilata...



H21: Dilata, y a los activos les... les ayuda a estar más tiempo también, no me acuerdo, no...

H24: No sé, yo... la única vez que yo he mezclado sexo y drogas, ha sido con Popper y pasaron cosas horribles.

De hecho, uno de los informantes con menos experiencia en el consumo de drogas (H24) describe los efectos sensoriales del Popper -como la taquicardia y el embotamiento- durante las relaciones sexuales, mientras que H22 plantea que el hecho de tener que inhalarlo frecuentemente por la corta duración de sus efectos "va cortando un poco el rollo".

#### **7.1.4. Éxtasis y drogas de diseño**

En general, se asocia el consumo de drogas como el MDMA (metilendioximetanfetamina o éxtasis) al aumento de placer sexual y a la estimulación sensorial (GD1), la excitación (GD6) pues agudiza la percepción de sensaciones y el "buen rollo" (GD5 y GD6), además, te quita la vergüenza (GD5).

Se relaciona el policonsumo y/o consumo intenso de drogas ("colocón de la hostia") con la pérdida no sólo del placer, sino también del control y la conciencia sobre el propio cuerpo (M13). Incluso, en el GD1 se asocia el consumo intenso a experiencias no placenteras o agradables en el sexo con hombres, a situaciones "en las que ni siquiera te apetece" (M14).

Las experiencias de policonsumo y colocones varían entre los diferentes grupos sociales, así en el GD2 es donde más variedad de drogas se conocen y consumen. Los hombres que tienen sexo con hombres, hacen referencia a las siguientes sustancias:

H25: La mefre, el ghd.

H21: Speed.

H28: Cojoneeeee...

H24: La chorri.

H22: Eso te lo echan en la bebida.

Considera H22 que tener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas es como un experimento sensorial positivo y gratificante, salvo en el caso del Popper. En su experiencia, el "cristal" mediatiza convirtiendo el sexo en algo más "directo":

*"Yo he tenido buenas experiencias. No sé, porque todo el mundo tiene malas. Yo en mi caso con las drogas he tenido buenas, la verdad. [...]. Pero el resto... por ejemplo el éxtasis, pues yo lo he disfrutado muchísimo, la verdad. No sé, no pienso directamente y ya está" (H22).*

El speed se asocia a una mayor resistencia de la actividad física (M64). M63: "Con el speed es como que puedes estar horas, yo qué sé, tres horas follando y yo es que no estoy cansada...").

También el LSD obtiene buenas críticas como potenciador de sensaciones, según relata una integrante del GD4:

*"Hablando de sexualidad, el LSD a mí me gusta mucho porque bueno, aparte de ser un potenciador impresionante de las sensaciones, pues también la concepción del tiempo es diferente, la comodidad, de... yo no sentía cansancio (...) los hombres con el LSD tienen un rendimiento brutal, brutal, no sé por qué, pero sí. Y para mí las mejores experiencias sexuales que he tenido han sido gracias al LSD. Porque es la misma persona con la que llevo teniendo relaciones cinco años, o sea, lo quiero mucho pero no folla igual (...) Porque el MDMA me gusta pero es más preliminar, luego cuando..., lo que es el sexo, tampoco le he visto mucho tirón (...) Pero el LSD, 100% recomendable" (M43).*

Obsérvese que en el grupo mixto, el GD4, son las mujeres las que relatan experiencias con diferentes tipos de sustancias psicotrópicas, quedando los hombres relegados a un segundo plano: ¿Reflejo de su experiencia o de la situación de investigación? ¿Muestran ese recato por estar en presencia de mujeres ante las que quieren quedar bien (efecto deseabilidad social) o realmente ellas experimentan y consumen más que ellos?

*"No sé, depende de lo que busques también. De qué tipo de... no sé, pastillas están muy bien, la keta (Ketamina) me gusta mucho... Pastillas y keta, y ya depende de la persona. Si tienes mucha confianza con la persona y te lo estás pasando muy bien puedes incluso ir por tandas de... ahora pasas de pastillas a keta, de keta a... M... la verdad" (M46).*

Para otras sustancias es casi más importante que el tipo de sustancia, la cantidad ingerida:

*"Pero luego por ejemplo con... drogas más estimulantes como el MDMA o... no sé, yo creo que con las drogas el problema no es tanto la droga sino la cantidad de droga y el momento en el que tú decidas metértela vamos" (H44).*

## 7.2. Sustancias psicoactivas y medidas de prevención: del dejarse llevar al extremar las precauciones

En los diferentes grupos, respecto al sexo bajo los efectos de las drogas manifiestan diversidad de opiniones y preferencias, hay quien prefiere experimentar con ellas y quien prefiere mantener el control en todo momento. Además, los participantes distinguen diferentes efectos en función de la sustancia/s y las cantidades ingeridas, la situación, el contexto, la orientación sexual o el tipo de relación.

Podemos decir que los discursos oscilan entre dos polos opuestos: por un lado, aquellos que sostienen que colocado se toman menos precauciones (M13) y que experimentar "te abre horizontes perceptivos" (H25); a continuación se situarían quienes sostienen que el consumo de sustancias psicoactivas y el uso de medidas preventivas son sucesos independientes (H36); y, en el otro extremo, se sitúan quienes defienden que estando colocados toman más precauciones que nunca (M54) o les entran tantas inseguridades que ya ni siquiera mantienen relaciones sexuales (H28).

### 7.2.1. Sexo, drogas y lo que venga

Entre las chicas del GD1 encontramos a quienes ante el consumo de alcohol o drogas manifiestan que su percepción del riesgo de transmisión de enfermedades o de embarazo no deseado se vuelve todavía más lejano, más inexistente:

*"Yo hay veces que no me entero de nada... yo me he sentido drogada, boca arriba, he notado cómo en mi vagina entraba, pero como si mi vagina fuera mantequilla [Risas]..." (M13).*

Para los chicos del GD2 el continuum discursivo oscila entre la negación de la acción y argumentos que defienden que el estado de embriaguez o "colocón" genera "falsa seguridad" (H21), tendiendo a ser "más propenso a confiar" (H22):

*"Pero es que también estás desinhibido, pero no estás ido (...) Algo que tienes asumido como que sí o sí, cuando vas borracho es como: quizás" (H25).*

Estos chicos universitarios hablan de prácticas de riesgo en contextos de fiesta, coca, quedadas a través de Grindr:

H24: O sea... yo vengo de Almería capital y en Almería capital yo cuando tenía Grindr, había veces que me llegaban pues invitaciones de gente que se metía en un Airbnb y había mandado mensajes a todo el Grindr de Almería, diciendo... oye fiesta a pelo en tal sitio, con coca, no sé qué...

H22: Joder, pues imagínate en Torremolinos, allí hay... vamos, vamos... como tú dices, yo no, yo no... yo nunca follo sin condón, pero vas borracho, vas puesto, y ya te ofrecen ir a ese sitio y te vas, y vas y te la pela la regla de oro y a lo mejor pues tienes cinco relaciones sexuales con tíos que son así.

En cuanto a la negociación y la corresponsabilidad del uso de preservativos bajo los efectos del alcohol, encontramos diferentes argumentos en función de la orientación y la identidad de sexo-género. Por un lado, los hombres que tienen sexo con hombres, se refieren al uso del preservativo como "la regla de oro". Regla circunscrita al sexo anal. La concienciación de su uso se relaciona con el miedo, a partir de experiencias de contagio de ITS propias o de personas conocidas. Identifican como medidas preventivas la observación de la "apariencia sana" de la posible pareja sexual ocasional o la confianza en la pareja o relación estable. En suma, plantean que el condón se usa solo para el sexo anal en relaciones esporádicas, y ese uso tampoco está garantizado al estar bajo los efectos del alcohol (H25, H21).

Los chicos heterosexuales del GD3 discrepan sobre el uso del preservativo estando serenos y bebidos. En general, H31 y H36 ni suelen usar preservativos ni suelen llevarlos consigo. De todos modos, se adhieren al discurso que atribuye a las drogas la pérdida del miedo en cualquier ámbito vital, incluidas las relaciones sexuales de riesgo. La negación del riesgo es matizada por H35 quien defiende que con alcohol y drogas se pierde la responsabilidad, no la conciencia, mientras que H36 insiste en la pérdida del miedo, apuntando hacia la negación del riesgo:

H36: Yo creo que es, creo que las drogas inhiben todo...

H31: Todo el pensamiento...

H36: No, es como, los pensamientos no, sino el miedo. Los pensamientos están ahí.

H35: Claro, la responsabilidad

H36: Estar están ahí, sabes, pero yo me refiero al miedo a todo eso. Cuando uno va borracho, colocado, tiene menos miedo. Menos miedo a saltar ese muro, menos miedo a soltar el acelerador, menos miedo (...) a muchas cosas, ¿sabes? Entonces, menos miedo a ponerte el condón también.

Desde los grupos de chicas, en el GD5 se sostiene que más alcohol, lleva asociada una actitud "más disparada", "más motivada" y menos prudente (M53, M55, M56 y M52).

Aunque hay quien disiente, pues M54 defiende que cuanto más alcohol ingiere, más precauciones toma. El abanico de opciones mencionado por M53 va desde el condón (conciencia plena) a la marcha atrás o nada:

*"Si alguna noche llegas.... Pero muy pocas, sino pues la marcha atrás. Si estás consciente cien por cien el condón, sino pues bueno, alguna noche tampoco se utiliza y ya está" (M53).*

En esta línea argumental se sitúa también M55 que defiende que "colocada":

M55: Te da igual, en ese momento te da igual...

(Varias: Sí)

M53: Es más el morbo de vamos a hacerlo ya, ahora, que pensar en lo que puede pasar en... no ponerte

M56: No piensas en las consecuencias que puedes tener.

M52: Estás como más disparada, estás motivada....

En el GD6, el consumo excesivo de alcohol o drogas se asocia a una pérdida de conciencia sobre el peligro, a un abandono de la lógica preventiva del cuidado en favor de la búsqueda del placer:

*"Porque estoy en ese momento en el disfrute y no me importa nada... al día siguiente me importa, pero ya..." (M63).*

Los argumentos aportados por mujeres insisten en la prevalencia de la satisfacción del placer inmediato:

*"Es que llega un momento en el que estás ahí todo cachonda y lo aceptas todo... todo..." (M62).*

Las drogas que acompañan a sus experiencias sexuales son el éxtasis, la marihuana, el hachís y el speed (GD6). Aunque no todas las participantes comparten esas experiencias (M61, M62), la mayoría sí sostienen haber ingerido sustancias que aliñan sus experiencias sexuales (M63, M64, M65, M66).

### **7.2.2. El uso de drogas y el uso del preservativo como sucesos independientes**

Las personas que mantienen una lógica preventiva del cuidado en su vida diaria, sostienen esta lógica utilizando preservativo también con el consumo de alcohol

o drogas (M66). En el GD6, frente a las participantes que mantienen una lógica del cuidado en estados de sobriedad o de consumo de diferentes sustancias y que utilizan el preservativo en la mayoría de sus relaciones sexuales (M66), se encuentra la posición totalmente opuesta: no usar preservativo ni en las relaciones esporádicas (M64). Aquí el riesgo aparece minimizado por la utilización de métodos hormonales. En este continuum, las posiciones intermedias están ocupadas por quienes refieren un abandono del preservativo a medida que avanza la confianza (M61, M62).

Entre aquellos que argumentan que generalmente no se utiliza preservativo, independientemente de estar bajo los efectos de las drogas destacan casos como el de H36 o H28 quienes no lo usan, da igual que si están o no borrachos o colocados.

"Da igual incluso si está drogado o borracho, pero normalmente el que la va a meter, normalmente nunca quiere meterse el condón, por lo menos la mayoría de los casos... parece que tienen alergia" (H28).

Entre quienes siempre utilizan preservativo se encuentran H34 y H32. Este último sostiene que si no tiene preservativo no "folla", y que suele llevarlos en la cartera o en la guantera del coche.

En general, H31 y H36 ni suelen usar preservativos ni suelen llevarlos consigo. H31 solo lleva condones los días "que tienes ese guapo subido y dices, hoy puede que folle", porque diferencia entre follar y disfrutar, como si fueran opuestos. Para H36 lo de usar condones es algo lejano, lo tiene muy olvidado: "es como el no fumes, y sí fumo. Solo que en uno me jodo a mí mismo y un condón...".

Cuando están ebrios, estos chicos próximos al modelo heteropatriarcal, repiten de manera posesiva el mismo esquema que cuando están serenos: H31; H36 se adhieren al discurso que atribuye a las drogas la pérdida del miedo a cualquier amenaza, incluidas las relaciones sexuales de riesgo:

*"Yo por ejemplo, si vas borracho y estás en una fiesta es que da igual si usas, o sea, no es que da igual pero, es indiferente si usas anticonceptivos o no, si surge, si tienes, si ella tiene, si no tiene, va a pasar igualmente, te la vas a tirar sin condón. Te la tiras tal" (H31).*

### **7.2.3. El consumo de drogas asociado al mayor uso de medidas preventivas**

En el grupo de chicas universitarias GD1 se sostiene que ante el consumo de drogas y/o alcohol prestan más atención y rigor al uso del preservativo, porque la

exposición al riesgo es también mayor:

*"Las situaciones en las que menos soy consciente quizás es cuando más sería me pongo en eso... porque es cuando más se me ha ido la cabeza y con más gente extraña puedo estar..." (M14).*

Introducen también la idea de que el sexo hay que separarlo del consumo de alcohol y drogas debido a la pérdida de conciencia que su ingesta supone repercutiendo en la pérdida de la capacidad de sentir y disfrutar del placer buscado a través del sexo:

*"Porque pienso que es una experiencia que hay que vivirla lo más consciente posible... que seas lo más tú posible..." (M11).*

También en el grupo de chicos universitarios encontramos argumentos contrarios al consumo de alcohol, pero por otras razones: por su potencial incapacitación del hombre y las inseguridades que la amenaza del "gatillazo" les genera. Entre los chicos con menor nivel de estudios, H32 se muestra serio con el uso de preservativo cuando está borracho y no es consciente del todo. Se considera capaz de rechazar una oportunidad sexual si es que no hay preservativos, ni forma de conseguirlos.

*"Yo recuerdo una vez que estaba borracho y lo estaba haciendo, y, y en un momento ella me dijo: "¿te has corrido?" Y yo: "pues no lo sé". (Risas). Al final resultaba que sí, menos mal que tenía el condón..." (H32).*

Como en el resto de grupos, en GD4 y GD5 se observan argumentos que sugieren que cuando hay un notable grado de ingesta de alcohol y otras drogas se toman más precauciones. Recordemos que el grupo 5 es el de las chicas con relaciones estables, una de ellas M54 sostiene que cuanto más alcohol ingiere, más precauciones toma; el "colocón" aumenta en ella la necesidad de usar protección:

*"Pues, a mí me pasa, que cuando estamos así que volvemos de fiesta o lo que sea, en vez de empezar sin condón directamente empezamos con condón porque a mí me da ansiedad de quedarme embarazada y a él igual, entonces es como... Incluso en esas situaciones es como que tomamos más precauciones, estamos como más pendientes de está puesto sí, pues ya está, si son dos segundos sabes en plan ya, pero es que no sé." (M54).*

Otros sostienen utilizar preservativo siempre y no mantener relaciones sexuales borrachos o colocados (H34). O, desde una posición más moderada, especifican recurrir a otros métodos anticonceptivos. H33, por ejemplo, se arriesga a mantener relaciones sin preservativo si la chica "está muy buena" (en lenguaje no verbal si

tiene muchas tetas) y le dice que toma la pastilla anticonceptiva.

*"A ver, siempre hay otras formas, yo es que soy de las personas que no se la juega, y habiendo otros métodos..." (H33).*

Ahora bien, ante la ausencia de métodos modernos, se sigue recurriendo a la tradicional marcha atrás:

*"Cuando no hay condón ni confianza, la "marcha atrás" o a unas malas una mamada... y ya está" (H31).*

## **8. VIOLENCIAS PATRIARCALES: PERCEPCIONES, EXPERIENCIAS Y EXPLICACIONES**

Este capítulo explora los fundamentos de las relaciones sexo-afectivas de chicas y chicos jóvenes, en un contexto de emergencia del reconocimiento público y político de las múltiples formas de violencia patriarcal. El objetivo es analizar los discursos en torno a la dominación y las violencias patriarcales en las relaciones sexo-afectivas de las y los jóvenes andaluces. Indagar sobre cómo están gestionando el placer de las chicas y cuáles son los matices que incorporan las diferentes orientaciones sexuales. Investigar cómo perciben, experimentan y explican formas de violencia patriarcal más o menos visibles. Y, explorar la incorporación de discursos feministas o igualitarios y de estrategias de resistencia frente a la dominación patriarcal.

Estructuramos este apartado en tres partes. En la primera presentamos algunos aspectos del patriarcado como las exigencias corporales o la subordinación del placer de las mujeres, los roles binarios activo/pasivo y la normalización de la dominación masculina. En la segunda parte mostramos las experiencias de violencia patriarcal de las personas participantes y sus formas de justificar esta violencia. En la tercera parte analizamos los usos de los discursos feministas.

### **8.1. Huellas del heteropatriarcado**

#### **8.1.1. Tiranías impuestas sobre el cuerpo de las mujeres**

El patriarcado tiene potentes vías de anclaje, entre ellas están las tiranías impuestas al cuerpo de las mujeres. La dependencia de la imagen y la estética corporal puede analizarse como efecto de la violencia estética patriarcal (García



de León, 2012). El aspecto físico, en especial de las mujeres, deviene en una forma más de discriminación que genera inseguridad y miedos en las relaciones sexuales.

Las chicas del GD1 expresan las profundas diferencias que experimentan en sus relaciones sexuales con hombres o con mujeres. Se definen como bisexuales y perciben que las exigencias y auto-exigencias respecto a la estética corporal, a sentirse atractivas y ser capaces de excitar son mucho más elevadas cuando su pareja sexual es hombre. Con las mujeres parecen diluirse las sensaciones de inseguridad, incomodidad o presión: "con una mujer es diferente, porque es como yo... sé que me va a entender..." (M11). Incluso, la relación con otra mujer repercute en la autoafirmación y la autoestima, hace que "incrementemente mi forma de yo quererme", sostiene M15.

La violencia estética es vivida de diferente modo según el nivel de estudios y la orientación sexual. Las chicas heterosexuales con estudios secundarios (GD6) se cuestionan su valía, pues temen "no ser capaz de ponerles" (M61). Se sienten responsables de la excitación masculina, y presionadas para resultar atractivas a los gustos e ideales dominantes. Las participantes con mayor nivel de estudios y más conocimientos feministas enfrentan las exigencias estéticas del patriarcado con mayor capacidad de reflexión, oposición y de-construcción:

*"Amigos míos heteros, pues... sí es verdad que [...] siguen buscando lo mismo que esté depilada, que esto y lo otro, entonces yo ahí no veo avance..." (M15).*

*"Es verdad que hay hombres que ya no nos exigen, pero porque ya no necesitan exigirnoslo, pero se llama el síndrome de indefensión aprendida, el perro no necesita que le pongas correa..." (M12).*

Entre los grupos de chicos las diferencias por orientación sexual son manifiestas. Los chicos del GD2 parece que sufrieran esas tiranías sobre el cuidado del cuerpo y de la estética: la estética les preocupa, el atractivo y el estilo vistiendo son signos de confianza para encuentros sexuales ocasionales (H25). Sin embargo, sus homólogos heterosexuales (GD3) eluden cualquier auto-referencia, centrando su análisis en el atractivo físico de las chicas como un valor de mercado con el que pueden jugar. Así, calibran sus posibilidades de "follar" y presentan su disposición como una concesión de oportunidades a las, según ellos, menos afortunadas:

*"Que a lo mejor dices quiero follar, y quiero follar sobre seguro, pues, si a lo mejor sabes que hay así alguna chica un poquito fea, ves que le gustas y tú de verdad quieres mojar el nabo (...) Pues a la chica le das una oportunidad" (H32).*

### 8.1.2. El placer femenino, el eterno olvidado

El desconocimiento del cuerpo y del placer femenino por parte de los hombres aparece en los grupos de chicas como fuente de insatisfacción y, en ocasiones, renuncia sexual. Chicas de distintos perfiles afirman que el orgasmo se alcanza con mayor dificultad y menor frecuencia en las relaciones con hombres que a través de la masturbación en solitario (GD6) o en relaciones con otras mujeres (GD1). De algún modo reflejan la persistencia de mandatos patriarcales que dificultan el placer de las mujeres en las relaciones heterosexuales. Las participantes del GD6 denuncian que muchos hombres no saben cómo estimular el clítoris, practicar sexo oral o acompañar a la mujer para que alcance más de un orgasmo. Hasta que los cuestionan, la inercia es delegar su placer en los conocimientos o empatía de ellos:

*"Pues yo la primera vez que llegué al orgasmo fue el año pasado... y después de quince tíos..." (M64).*

*"El hombre asume el rol de "el que te da a ti. Y ya está..., si tú acabas (alcanzas el orgasmo), estupendo, pero si yo no acabo pues... me iba por ahí a mi casa llorando..." (M15).*

El patriarcado establece que es el hombre quien ha de ejercer un rol sexual dominante y la mujer quien debe ajustarse a sus deseos, priorizando el placer del otro, ocultando sus anhelos y "dejándose hacer" (M11). Fingir el orgasmo aparece en este sentido como una estrategia para "que pare ya y me deje en paz..." (M61), y expresiones de placer como "chillar" o "hacer ruido" se reprimen por vergüenza a ser oídas (M63; M66). Algunas chicas con menos estudios y/o experiencias sexuales se avergüenzan también de la eyaculación femenina, debido al desconocimiento que los hombres tienen sobre el tema: "a ver si van a pensar que me he meado" (M66). Esa vergüenza femenina también es percibida por los chicos del GD3 en relación a la menstruación, que además genera aversión en alguno de ellos.

Las chicas bisexuales consultadas manifiestan que en sus relaciones con hombres ellos suelen asumir el rol del que está "por encima", de "quien toma las decisiones" (M11). Sin embargo, cuando sus compañeras sexuales son mujeres, la dinámica cambia: se genera una relación de "confianza" donde ambas aportan lo mismo y van, a través del descubrimiento y la negociación, "construyendo lo que es el placer para cada una" (M15).

### 8.1.3. Roles, mitos y estereotipos

La división heteronormativa de los roles activo/pasivo se refleja a lo largo de todas

las fases de la relación. Desde la primera insinuación hasta las posturas sexuales, todo está ritualizado. Así, ellos consideran que son quienes toman las decisiones para ligar (GD3) y que ellas "no tienen que esforzarse en tomar la iniciativa". Ellos desean que las chicas se comporten de manera activa, pero no demasiado, pues les abruma las mujeres decididas, autónomas, seguras de sí mismas y anti-románticas.

También las MSM (GD1) relacionan el rol "masculino" con "activo y dominante" y el rol "femenino" con "sumiso y pasivo". Esta división de roles se articula entre ellas en función de la experiencia sexual y/o de la identidad de género. M14 relata que en sus relaciones con "chicas no experimentadas" asume un "rol más masculino" y cuando está con "parejas de apariencia muy andrógina" adopta "el otro papel". Aunque las categorías para la división de roles sean las mismas, la fluidez o variabilidad en su adopción reta la imposición ideológica del binarismo.

Volviendo a los chicos del GD3 observamos cómo el coitocentrismo articula parte de sus discursos, al criticar cualquier coqueteo que no culmine en penetración. Consideran el flirteo un juego de poder humillante para su masculinidad, cuando ellas lo despliegan "porque se sienten poderosas, por encima de ti" (H31). Temen su supuesto poder: "te tengo en mi mano, pero porque quiero, no porque quiera tener algo contigo" (H32). En especial, para rechazarlos, razón por la que añoran aquella época declaradamente machista en la que "era más fácil ligar..., era 'fum' mi presa" (H31). Las metáforas que asocian "salir a ligar" con la caza y la pesca son recurrentes entre estos chicos de secundaria.

El falocentrismo es otro rasgo que continúa vigente tanto entre chicas heterosexuales (GD6) como entre chicos de orientación homosexual (GD2) pues en ambos GD se explicita el estereotipo del tamaño del pene como requisito para disfrutar sexualmente, recurriendo a los imaginarios del hombre 'empotrador'.

Estos chicos (GD2) reconocen sus privilegios como hombres. Aun cuando su orientación homosexual los relegue a una posición subordinada, perciben sufrir menso control social de su sexualidad que las mujeres (H28).

#### **8.1.4. Del sujeto activo al sujeto agresor**

En el sistema patriarcal el rol sexual dominante se configura como ideal de masculinidad, llegando a suponer una amenaza para algunos hombres y para muchas mujeres que comparten el imaginario del hombre como potencial agresor. Así lo expresa M12:

*"Estar con una mujer es mucho más sencillo e impactante en el sentido de que hay menos probabilidades de que te viole, para empezar".*

Las chicas del GD1 consideran que los hombres tienden a imponer sus deseos, aunque suponga forzarlas. Para ellas, los hombres no saben o no quieren reconocer "el lenguaje corporal" de las mujeres cuando no les apetece tener sexo. En situaciones de vulnerabilidad, el hombre representa para ellas un peligro:

*"Me importa una mierda lo borracha que estés porque voy a metértela, básicamente... y a mí eso, pues yo qué sé, sí me ha pasado" (M14).*

También los participantes de orientación homosexual (GD2) tienen miedo al abuso en relaciones sexuales con desconocidos. Miedo a que no respeten sus límites, a verse obligados a practicar sexo anal sin desearlo. H26 reivindica: "que si en algún momento durante el sexo la cosa muere, no esté uno forzado a acabar".

La dominación masculina contribuye a que, en determinadas situaciones, algunas mujeres adopten patrones subordinados, orientados a satisfacer sexualmente al compañero sexual cuando no lo desean:

*"Yo ya me he cansado y tengo que seguir aquí la penetración y hay que seguirla hasta el final, porque es como manda la ley. Y además una mujer no puede dejar insatisfecho a un hombre, un hombre a una mujer sí que puede hacerlo porque no pasa nada, porque ellos no son superhéroes, pero nosotras sí, que tenemos una vagina, que eso no se cansa nunca..." (M13).*

Recuérdese que en sus estrategias para conseguir "follar", algunos participantes admiten aprovecharse de esa subordinación femenina para imponer su voluntad independientemente de los deseos de ella:

*"Claro, es más que nada estar los dos solos y que pase. Y aunque no le gustes a la tía, al final puede que caiga, porque estéis los dos solos..." (H31).*

## 8.2. El continuum de las violencias patriarcales

La representación de las violencias patriarcales como un continuum o como una escalera (Ruíz Repullo, 2016) es percibida por buena parte de las participantes. Así expresa M43 las vulneraciones de derechos de las mujeres en las relaciones sexo-afectivas:

*"Es que me valores, que me trates como un ser humano, que no me degrades, que no me humilles, que no me maltrates, que no me violes, por supuesto. Pero... de pequeña no tuve esa suerte. Es más, ni yo misma estaba educada*

*en el feminismo, o sea, que yo misma llegué a pensar que tal vez yo no tenía derecho a... que el sexo era una cosa para los hombres. Y que yo era simplemente ese complemento" (M43).*

Comprender de qué formas se expresan las violencias en las dinámicas sexoafectivas de la juventud, nos permite ahondar también en las formas en que estas se interrelacionan y consiguen reproducirse en la sociedad.

### **8.2.1. Violencia de control, amenazas y acoso sexual**

La vivencia de situaciones de abuso, maltrato o violencia no fue un criterio para la selección de las personas participantes, a quienes no se preguntó de manera explícita sobre estas cuestiones. Sin embargo, en el desarrollo de los diferentes grupos de discusión (GD), fueron recurrentes las referencias al control a través del móvil, chantajes, amenazas, agresiones sexuales, lo que muestra su relevancia en el grupo social estudiado. Tal es así, que el único GD donde no se hizo referencia a situaciones de violencia sufridas en primera persona, fue en el grupo compuesto sólo por chicos heterosexuales. Resulta significativo, además, que éste sea el único GD donde los jóvenes no manifestaran ninguna inquietud al respecto.

Chicas con estudios secundarios y relaciones heterosexuales estables (GD5) relatan haber sido objeto de control abusivo y vigilancia a través del móvil (contactos e intervenciones en las redes sociales) por parte de su parejas. Sin embargo, parecen aceptar cierto grado de control (por estar normalizado) en la relación de pareja. Bajo la excusa de crear una relación transparente, fundamentada en la confianza y sin secretos comparten sus contraseñas: al ser mutua y consentida la renuncia a la privacidad, se disimulan sus efectos. Si ellas pretenden defender su privacidad, se las acusa de supuestas infidelidades. Esta vigilancia solo dejará de considerarse "normal" cuando detecten, hablando con otras, la dominación a la que están sometidas:

M51: Él me hackeó, yo tenía WhatsApp, Instagram, tenía no sé qué, y él me lo hackeó, consiguió meterse dentro y leer con quien hablaba, con quien dejaba de hablar, con quién me comunicaba yo, etc. Llegó un momento en el que ya no utilizaba WhatsApp, ni Instagram, ni Twitter, no por miedo a que el viese cosas raras, sino a que viese lo normal, lo que tenía que ver, una conversación con un amigo o una amiga o cualquier cosa, ya eran celos desmedidos, y peleas y broncas, y...

M52: Sí, estoy de acuerdo. Yo también, mi relación tóxica era 'pues si no me das tu contraseña del Facebook, yo qué sé, o del Instagram, pues será por algo, ¿no?'

Chicas y chicos califican como "tóxicas" aquellas relaciones en las que se manifiestan los celos, la manipulación, la dependencia, el chantaje emocional, la amenaza, la violencia verbal y la violencia psicológica. Experiencias por las que han pasado chicas de todos los grupos.

Las jóvenes del GD6 hacen referencia a la manipulación y al chantaje emocional practicado por sus parejas o exparejas para intentar mantener relaciones sexuales cuando a ellas no les apetece. "Es que no me quieres, es que no te pongo" (M61), son sus manidos argumentos. Amenazas de delación: "o lo haces conmigo o se lo voy a decir a tu madre" (M63) y de difusión de vídeos o imágenes eróticas grabadas durante su relación que atacan a su reputación (M61, M63), son solo algunos de los eslabones del continuum de violencias patriarcales al que se ven sometidas.

Otro tipo de violencia explicitado es el acoso sexual, en estos casos la vergüenza, y el consiguiente silencio, facilitan la continuidad del abuso.

*"En mi equipo de rugby hubo un caso de acoso sexual de una persona que nos acosaba a todas y cuando estábamos borrachas él cogía y nos metía mano y no sé qué y venía y nos toqueteaba y tal... Y claro, nos había pasado a todas, pero ninguna decía nada" (M64).*

Desde el GD1 se relata un episodio de agresión e inseguridad de un grupo de amigas que una noche:

*"Nos hemos ido todas a casa de alguien desconocido, chupiguay y al final era con un tío y de momento acabamos todos, las amigas, la novia de mi amiga enfadadísima y yéndose a dormir con cajas a la calle... yo poniendo el culo para que no violasen a la chica que yo tenía al lado (...) Es como si estaba borracha, estaba muy colocada, al principio todo me parecía divertido, luego todo se puso más grotesco" (M14).*

### **8.2.2. Violencia psicológica, física y sexual**

En todos los grupos de discusión, salvo en el de chicos heterosexuales (GD3), se expresan vivencias en primera persona de violencias y/o violaciones. Las chicas con relaciones estables (GD5) identifican situaciones de violencia psicológica, en ocasiones también física, en algunas de sus primeras relaciones íntimas. Entre ellas reconstruyen el ciclo de la violencia establecido por Walker (1979):

*"Pues empieza muy bien, se muestran de una forma, poco a poco te va quitando de tu entorno, de tus amigos, de tu familia, de no salgas... Pero lo hacen de una forma tan manipuladora, tan... que no te das cuenta, o sea, te*

*camelan, entonces como tú ya creas esa dependencia a esa persona, pues tú ves el fin del mundo dejarla, incluso, yo ha habido momentos de maltrato físico y que al terminar, cuando ya había, es que suena muy duro, pero después de... de la violencia física, pedirle perdón yo a él, de ir y decirle perdón ha sido mi culpa, o sea" (M52).*

*"Ellos hacen que la culpa, que parezca que la culpa no sea suya. O sea, son tan maltratadores y tan manipuladores, que lo hacen de tal forma que tú seas la culpable siempre de todo" (M51).*

Este tipo de relato de experiencias de aislamiento, dependencia y maltrato también aparece en GD1, GD4 y GD6 con algunas diferencias en el campo semántico: más psicologista, católico y culpabilizador en el GD5, más sociológico, feminista y estructural en el resto.

El significado de violación ha sufrido grandes transformaciones en la última década. En nuestro corpus empírico, las variaciones discursivas se producen según los contextos y el tipo de relación con el agresor. Las experiencias de violación narradas en distintos grupos coinciden en la relación de confianza entre víctima y agresor. Varias participantes del GD4 y del GD6 afirman que sus exparejas se aprovecharon de ellas "forzándolas" u "obligándolas":

M61: Una de las veces estaba yo dormida y de pronto me despierto porque me la estaba metiendo y le dije: ¡Qué coño haces, no sé qué...! pues no paraba... y ya tuve que ponerme a darle voces y aun así siguió y digo: "Venga ya está, no sé qué, y mira, ya está, ya que ha empezado lo voy a dejar". Pero ya luego cuando él se durmió yo hinchándome de llorar en plan... que me sentía violada, yo qué sé... que le había dicho que no cuarenta veces y al final, por huevos tenía que haber sido un sí...

M64: Es que no tiene otro nombre que violación... es que es lo que es... (...)

M66: Es que en verdad la gente se piensa que las violaciones, en plan es como en la calle, lo típico, pero no, las violaciones hay un gran índice en lo que es la pareja, ¿sabes?

Dos de las chicas con estudios secundarios del GD6 fueron violadas en su primera relación sexual porque sus parejas masculinas tenían unos deseos sexuales irrefrenables. La mencionada excusa de la "necesidad biológica" es recurrente:

M63: A mí mi primera pareja, con quien la perdí (la virginidad), me lo hizo a la fuerza... en plan, fue súper duro, llegué a mi casa llorando (...) pero días

llorando. Encima estaba mi amiga en el cuarto de al lado y no hizo nada... pero nada ¿eh? (...) Llevábamos no sé si dos meses, y claro, yo de verdad tío que no había hecho nada con nadie en mi vida. Y el chaval empezó a sobarme, no sé qué no sé cuántos y yo: "Para, para..." así.... Y me dice: "No, es que no puedo", (...) y... empezó como a sobrepasarse y me agarró a la fuerza así (se coge la muñeca) y me empezó a decir que me callase, que me callase y pues me lo hizo a la fuerza y yo gritando, llorando y él ahí... y me hizo un daño y fatal. Y luego encima de todo me dijo: "No has sangrado, no eres virgen..." (...) o sea, fatal, fatal... Y yo hace pocos años seguía llorando por eso... lo pasé súper mal...

M61: Es que parecen animales, tío, a veces...

M64: Yo también perdí la virginidad de esa manera... con mi pareja... porque, de verdad...

M63: Es que según ellos no se pueden aguantar, porque ellos son hombres y...

En el grupo mixto (GD4), otra chica (M45, 20 años) relata cómo fue violada por un "amigo". El hecho de existir una relación "de confianza" previa con el violador aumentó el sufrimiento de la agredida y condicionó la decisión de no denunciarle.

*"Yo la verdad que hasta la que es mi actual pareja con la que llevo ya casi un año, todo lo que ha sido mi vida sexual ha sido una completa basura. O sea, hace ya un año, (...) que me violaron. Además, era el típico tío punkarra, súper feminista, típico aliado feminista, de, hay que defender a las mujeres, etc. Y me violó (...) Al principio se tiró como una hora manoseándome, sobre todo con las tetas (...). Y yo todo el rato estaba que no, que no lo hagas, para, para, por favor, que me tengo que ir, no sé qué, eh... Luego ya empezó a manosearme la entrepierna, y yo, que pares, no sé qué, ya llegó el momento en el que mi mente hizo, ¡plof!, y dije, esto no me puede estar pasando, y yo ya estaba en ese momento quedada como una estatua. Y... ya cogió, me la metió, encima sin preservativo, y... se tiró ahí como unos 15 minutos, yo súper quieta, y ya me puse, o sea, me pasé todo el rato, yo estaba con la cara tapada y... cuando por fin se dio cuenta de que yo estaba llorando" (M45).*

Las reacciones de los chicos en este grupo mixto (GD4) varían desde la culpabilización de la víctima por no haber evitado la agresión (H42) que el resto del grupo neutraliza, hasta una autoinculpación por comportamientos que podrían calificarse como violación, aunque "inintencionada" (H44), y ceñida a la "violación de la intimidad":



*"Y ahora que sí tengo una conciencia y he revisado muchas actitudes, sí me doy cuenta en la retrospectiva de decir,... pues sí, sí he violado, y he abusado, y he hecho cosas que no debía. [...] parece que asumir que has violado parece que tú has tenido esa intención, pero ni muchísimo menos creo que sea eso, porque... a ver, también hay que entender que como habéis dicho el espectro de lo que es una violación, ¿no? [...], el imaginario al que responde una violación es, tiene el estigma de un callejón oscuro, de un forzado en un portal, y hay cosas mucho más sutiles que son una violación de la intimidad" (H44).*

También en el GD2 debaten sobre los límites de la violación. Asistimos aquí a la construcción del sentido de lo que es una violación en oposición al sexo "sin ganas", por presión o para complacer a su pareja:

H22: Y eso pasa mucho en las parejas, por ejemplo, de que una persona no le apetece y la otra sí, y la otra persona ya cede y lo hace con desgana y eso es violación.

H24: No creo que es violación

H21: Yo creo que follar sin ganas tampoco es tan... o sea... forzado sí, ... es que... yo he follado sin ganas porque mi pareja quería y sin más o sea... no me lo pasé bien... sin más...no... estoy a otra cosa, pero bueno si él quería pues... vamos y ya está (...)

H26: En pareja yo he tenido sexo y he seguido, aunque no quería, y era como... venga para acabar y que me deje tranquilo.

Sin excepción, las chicas que han narrado experiencias de violencia sexual expresan el consiguiente trauma y las secuelas que estos hechos le provocaron a nivel físico y emocional.

### **8.3. Dispositivos de normalización de la violencia sexual**

En los grupos de discusión se han encontrado excusas y justificaciones del abuso y otras formas de violencia sexual patriarcal que, a través de su uso generalizado, contribuyen a la normalización de aquellas violencias menos extremas y visibles. Ante acciones que puedan juzgarse inapropiadas, las personas tratamos de proteger nuestra imagen, presentando el acto como legítimo (justificaciones) o negando nuestra responsabilidad (excusas) (Orbuch 1997; Scott y Lyman, 1968).

### 8.3.1. Excusas ante la violencia sexual

Entre las excusas más recurrentes destacan estrategias de naturalización de lo social y el uso de drogas recreativas.

#### - Biologización de los impulsos sexuales y psicologización del machismo

La masculinidad hegemónica construyó el mito del macho hipersexualizado, víctima de un deseo incontrolable inherente a su virilidad. Mito empleado para excusar abusos y agresiones sexuales como las padecidas por varias chicas del GD6.

M63: Es que según ellos no se pueden aguantar, porque ellos son hombres  
Y...

M64: No, claro... lo loco que estaba mi ex que se mordía aquí (se señala el brazo) como para demostrarme que es que no se podía aguantar y que lo hacía... se mordía para... para no metérmela, no sé qué... O sea, estaba loco.

En la interpretación de M64 aparece además la excusa de la locura, que conecta con la frecuente psicologización del machismo. Esta psicologización también aparece en el grupo de chicos heterosexuales de secundaria, que atribuyen las causas de la rudeza de algunos hombres con sus parejas sexuales a secuelas de infidelidades previas por ellos sufridas, lo que -en su opinión- les impediría volver a confiar en las mujeres (H34).

#### -El "colocón": consumo de alcohol y drogas

Las drogas y el consumo abusivo de alcohol han funcionado tradicionalmente como excusa para las prácticas sexuales no consentidas: "no sabía lo que hacía", "había perdido la conciencia". Así, en la experiencia de violación narrada por M45 el agresor, consumidor habitual de sustancias psicoactivas, se excusaba por no haberse dado cuenta a tiempo.

*"Ese hombre, ese tío, esa escoria, estaba y está siempre puesto de speed, de M (MDMA), etc. Y..., cuando se dio cuenta de que yo estaba llorando ya paró, y "¡ay! lo siento es que no me había dado cuenta, lo he malinterpretado todo", no sé qué, no sé cuántos. Me dio un ataque de ansiedad y me fui" (M45).*

En el GD4 es también referida la vigencia de esta excusa, en esta ocasión por un chico:

*"Y mucha gente que se esconde en ese tipo de excusas, de es que no me di cuenta. No sé qué ha pasado. Es que estaba borracho. (...) Ahí está la empatía de te das cuenta de que has hecho daño, paras. En el momento que no paramos, se cruza esa línea" (M41).*

### **8.3.2. Justificando la violencia sexual**

Las justificaciones pretenden redefinir la acción para presentarla como legítima, bien recurriendo a la lealtad como símbolo de la seguridad en la relación, bien atribuyendo la responsabilidad a las agredidas.

#### **-El compromiso en la relación y la lealtad**

Bajo la ilusión de crear una relación "ideal", sin secretos, en la que todo se comparte, se introducen elementos de control de la pareja que conllevan la renuncia a la autonomía personal y el sometimiento al dominante:

M53: La contraseña del móvil sí la sabemos los dos...

M51: Sí la de mi móvil, pero porque él tiene una patata, y de vez en cuando coge mi móvil se sabe ya mi contraseña y punto. Pero que si en algún momento se mete en mi WhatsApp o se mete..., yo le voy a decir: "oye mira, tampoco tienes por qué estar tan pendiente de mi WhatsApp o meterte sin mi permiso". Pero si se mete tampoco pasa nada, porque yo sé que no va a ver nada raro, ni que vamos a tener bronca por eso, ni que yo le esté escondiendo nada.

#### **-La culpabilización de las víctimas**

La negación de la víctima, por considerar que se lo merecía, sucede a su cuestionamiento incriminatorio. Es el caso de M45 que, tras relatar que había sido violada, fue responsabilizada de su incapacidad para frenar o prevenir la agresión. Esta lógica se refleja en la espontánea intervención de un chico del grupo mixto (GD4):

H42: ¿Y por qué no lo hiciste antes?

M45: ¿Eh?

H42: El haberte ido, o haberle parado los pies.

M45: Pues resulta...

H42: Porque a mí un tío no me la mete.

Frente a la culpabilización de la víctima, emergen algunas voces masculinas defendiendo una perspectiva crítica con la atribución de responsabilidades, derechos y deberes en las relaciones sexuales:

*"Es la víctima en ese problema y no vemos que si la persona no da lugar a nada no tengo que pararte los pies. No es hasta que reviente y te tenga que pegar una hostia y te tenga que quitar de encima. (...) tenemos la potestad asumida e interiorizada, y no cuestionada de que yo tengo derecho a sobarte y que tú no tienes nada que hacer, entonces... parece que ella tiene la obligación moral de poner el freno..." (H44).*

## 8.4. La incorporación de discursos feministas y de liberación

La persistencia del orden patriarcal también se manifiesta en los discursos de chicas y chicos que tratan de romper con las asimetrías de sexo/género y buscan formas alternativas de relacionarse. Podríamos afirmar que los atractores semánticos son: deconstrucción de la sexualidad, para las universitarias, y el empoderamiento, para aquellas con estudios secundarios. Para las primeras, hay que "desaprender" los "mitos" del amor romántico y las formas preconcebidas de entender la sexualidad y la monogamia, "deconstruir" los roles tradicionales de género. Desmitificar el falocentrismo o la imposición de la penetración como algo "necesario"; como la vía más eficaz para alcanzar un orgasmo. Las chicas del GD1 manifiestan que la penetración por sí sola no es placentera y hablan de la "decepción" que conlleva esta práctica en las primeras relaciones sexuales. Piensan que resta importancia a otras prácticas, asociadas a los "preliminares":

*"A mí por ejemplo me gusta el sexo oral en mitad o al final, no como preliminar.... Tanto con hombres como con mujeres... pues yo qué sé, es que yo no lo considero un preliminar, es otra forma de sexo, otra postura simplemente, pero es que el mismo concepto de... preliminar..., pre.... ¿pre a qué? A la penetración que es el show principal, a lo que hemos venido..." (M11).*

En cambio, las chicas del GD6 se quejan cuando ellos "la tienen pequeña", "duran poco" o no se saben mover correctamente. Se apoyan en estas exigencias de virilidad para burlarse de los hombres 'reales'. Se resisten a identificarse como víctimas y comparten anécdotas donde ellas son "las que mandan".

Se encuentran ante exigencias sociales contradictorias: por un lado, asumir el rol tradicional asignado a su género y, por el otro, adaptarse a los mensajes de autonomía que circulan hoy sobre el empoderamiento de las mujeres. Este sincretismo de género (Lagarde, 2004) se manifiesta en chicas que adoptan prácticas de sexualidad activa, pero que a la vez se sienten angustiadas por expectativas tradicionales (como estar siempre guapas y excitantes).

*"Mi sueño siempre ha sido tirarme a un negro, porque una no está completa hasta que un negro se la meta ¿no? (...) Pues estábamos todo fumados, pues le dije a uno: Vente pa mi cuarto (...) tres horas y que él iba tan fumado que no se le levantaba.... y yo ya ahí sintiéndome toda ridícula, intentando hacerle pajas, intentando chuparle la polla flácida... (...) Luego yo ya como en plan: Tío y si no le pongo, no sé qué, como que me creó una inseguridad que flipas porque nunca me había pasado" (M61).*

El empoderamiento se plantea como un proceso de aprendizaje experiencial en el que las mujeres van adquiriendo conciencia de género. Desde el GD1 se denuncia que, la educación recibida contribuye a que al iniciarse en la sexualidad no estén suficientemente empoderadas. Será a través de un proceso de afirmación emancipadora como algunas mujeres se liberen de ciertas normas y constricciones. En el GD1 emerge el "nosotras" como un sujeto activo, con libertad para "imponer" sus deseos o realidades a los hombres. Así, la negativa a depilarse el vello púbico se expresa como una forma de resistencia a una de las tiranías impuestas sobre el cuerpo de las mujeres:

*"Y luego he llegado, he tenido sexo con esos tíos, me he puesto desnuda enfrente de ellos con el matorral y he dicho: ¿Te ha pasado algo? ¿Estás bien? ¿Te ha gustado? Pues eso, somos nosotras las que se lo tenemos que imponer a ellos ¿Qué pasa?... ¿Que porque tú me digas que tengo que estar depilada? No" (M13).*

Las chicas con estudios secundarios cuestionan los discursos contra-feministas que observan en su entorno y en los medios de comunicación, insultos como "feminazi" (contra las feministas activas), intentos de desacreditar las "leyes de violencia de género" o, de culpabilización de las víctimas de violencia sexual:

*"Que tú te has dejado violar..., que has sido tú que lo has provocado (...). Si vas bebida te violaron porque vas bebida, que si ibas vestida así..." (M61).*

Frente a estos discursos, despliegan sus argumentos procedentes del feminismo práctico: "ellos pecan porque quieren, no es que yo los haga pecar, porque yo me puedo poner lo que a mí me da la gana..." (M64), "tú te puedes vestir como quieras, en plan, que no todo gira en torno a las pollas ¿sabes?" (M66).

Pero no solo los discursos de las chicas están atravesados por ideas feministas. Asistimos junto a algunos chicos heterosexuales al cuestionamiento de sus propias prácticas en un proceso de auto-socio-análisis (GD3 y GD4). Desde su perspectiva, la educación juega un importante papel en la erradicación de actitudes machistas y prepotentes.

H36: Porque, siempre hay un problema ahí en el que, creemos que una chica tiene cierta predisposición hacia nosotros, entonces nosotros la cagamos teniendo una actitud impulsiva, la molestamos...

H35: Claro, es que esa es la cosa.

H36: Tenemos que educarnos mucho ahí.

En el GD3 mantienen haber aprendido a ser mejores personas gracias a parejas o exparejas femeninas: "con una persona que te quiere, que te respeta, que te cuida también, pues, joder, pues en verdad, ¿por qué me porto así como un cabrón?" (H32).

El rastro de la transformación promovida por la ola de feminismo actual también es reconocida por las mujeres, en los hombres: "los chicos están cambiando mucho"; "están aprendiendo también, igual que nosotras" (M14). Aunque, las chicas del GD6 insisten en que ellos "tienen muy poca idea" y es por ello que tienen que "guiar", "enseñar" o "amoldar" a sus compañeros sexuales. En ambos grupos se discute sobre si las mujeres deben "educar" a los hombres o si deben ser ellos mismos los que asuman ese cambio:

*"A ver, también lo que hay que decir es que nosotras no somos sus madres... O sea, los medios están ahí, las fuentes de información están ahí..."* (M12).

Entre los nuevos aprendizajes, las chicas que han vivido relaciones "tóxicas", expresan una reelaboración positiva de las consecuencias y un aprendizaje sobre la importancia de poner límites a la pareja:

*"Y ya luego a raíz de ahí, insultos, amenazas, maltrato psicológico en toda regla. Pero que no, yo con mi (actual) pareja no comparto contraseña de nada, se sabe el patrón de mi móvil y ya está, poco más, igual que yo del suyo. Su privacidad es suya y mi privacidad es mía"* (M51).

También desde el GD6, las chicas animan a las demás a que se auto-exploren; se conozcan sin censuras ni tapujos y disfruten del modo que mejor se ajuste a sus expectativas y sus sueños.

## IV. CONCLUSIONES

---

## IV. CONCLUSIONES

---

Se presentan a continuación las conclusiones de la investigación cualitativa realizada siguiendo el orden de los objetivos y de las hipótesis de trabajo que guiaron la búsqueda de respuesta a los mismos. Los objetivos de investigación pueden resumirse en: 1) Describir situaciones de implicación, corresponsabilidad preventiva y anticonceptiva; 2) Analizar las lógicas de funcionamiento y los argumentos utilizados para defender el uso o no-uso de preservativos y otras barreras profilácticas; 3) Estudiar la relación entre la adopción de conductas preventivas y la vacunación contra el papiloma humano; y, 4) Analizar las situaciones de uso y no uso de barreras profilácticas, en relación a la ingesta de alcohol u otras sustancias psicoactivas. Finalmente, se añaden dos apartados que presentan otros hallazgos de la investigación que emergieron de los discursos y que hacen referencia a la dominación masculina y a la violencia patriarcal.

### 1. Corresponsabilidad preventiva, ¿en qué situaciones?

La primera de las hipótesis establecía que la responsabilidad anticonceptiva, en parejas heterosexuales, suele recaer en las chicas y que las preocupaciones de unas (embarazos no deseados) y otros (infecciones de transmisión sexual) difieren. Se afirmaba que la corresponsabilidad anticonceptiva no se observa en las relaciones esporádicas ni en aquellas relaciones estables próximas al modelo tradicional patriarcal, pues solo se produciría en parejas estables en las que la chica es autónoma, segura de sí misma y la relación equitativa.

Esta hipótesis, derivada de estudios previos (Gómez-Bueno, Bretin y Navas, 2011b) es en parte confirmada y, en parte, debe ser matizada a la luz de los resultados obtenidos. Las chicas suelen asumir la iniciativa de introducir el condón en la relación heterosexual, pero no tanto la de llevarlos o comprarlos. Se observa que tanto chicas como chicos temen a los embarazos no deseados, aunque este temor aparece atenuado por la disposición del recurso a la píldora de urgencia y a la interrupción voluntaria del embarazo. Estos atenuantes son esgrimidos con más entusiasmo y énfasis por los chicos que por las chicas.

Respecto a la corresponsabilidad, esta se manifiesta en las relaciones de larga duración, entre los chicos que tienen sexo con chicos (GD2) y, en las jóvenes que han interiorizado la lógica preventiva del cuidado.



Sin embargo, no se puede concluir que esa corresponsabilidad preventiva sea una característica de las parejas con identidades de género más igualitarias, pues las chicas del GD1 no utilizan métodos de protección con sus parejas chicas en lo que identifican como relaciones igualitarias y en línea con resultados de investigaciones anteriores (Dolan y Davis, 2003; Castro Calvo, 2016) y algunas de ellas expresan claramente que no les gusta o no usan condón en las relaciones heterosexuales.

## 2. Las lógicas de acción

La segunda hipótesis planteaba que la percepción del riesgo no predice la conducta pues, como sujetos sociales, estamos sometidos a numerosas presiones, en ocasiones contradictorias. Nuestros actos responden a presiones situacionales y es a posteriori cuando intentamos darles sentido. Argumento que encuentra su refuerzo en nuestro corpus empírico en lo que hemos denominado las lógicas del cuidado, de la confianza y del placer.

Cuando se actúa de forma contraria a las propias creencias, se suelen elaborar excusas y justificaciones (Scott y Lyman, 1968) para negar la responsabilidad (excusas) o para presentar el acto como una opción legítima (justificaciones).

Los argumentos contrarios al uso del preservativo son numerosos. Las justificaciones hacen referencia a que resta sensibilidad y placer, a la entrega y la confianza absoluta en la pareja sexual, a la lealtad y la búsqueda del bien de la relación. Las excusas remiten a problemas de logística (no se tienen a mano), fallos por rotura o deslizamientos, falta de información, necesidades biológicas irrefrenables y a los efectos del consumo abusivo de alcohol y drogas. Confirmando de este modo los resultados de investigaciones previas (Gómez Bueno, Bretin y Navas, 2011b; 2011c; Rodríguez García de Cortázar et al., 2007; Rhodes y Cusick, 2002).

Aunque sosteníamos que en las relaciones heterosexuales el uso del preservativo se produce en los primeros encuentros íntimos y se abandona progresivamente a favor de la marcha atrás y que la justificación de los chicos es la defensa del placer y la de las chicas la demostración de la confianza en sus parejas. Hemos de matizar, a la vista de los resultados, que ese paso del uso del preservativo a la marcha atrás o a la ausencia de prevención, no aparece tan diferenciado por el sexo/género, al contrario, en todas las variaciones sexo/genéricas aparecen ambas lógicas:

- Tanto en relaciones esporádicas como estables, unas y otros, abandonan en muchos casos el condón fundamentándose en la lógica de la confianza.
- En todas las variaciones se esgrime la justificación del placer.

Lo que sí se confirma es que en las parejas de orientación homosexual los comportamientos difieren según sean de chicos (más mentalizados de los riesgos de contraer ITS) o de chicas, menos conscientes de los riesgos y poco propensas a utilizar protección. Así, los chicos del GD2 hablan de "la regla de oro" y la mayoría sostiene usar condón para mantener sexo anal (no para el sexo oral), mientras que las chicas del GD1 no usan protección en sus relaciones sexuales con mujeres (sexo oral, intercambio de juguetes sexuales, etc.) dada la sensación de invulnerabilidad en la que el desconocimiento de las posibilidades de propagación de ITS las mantiene, así como el desconocimiento de barreras efectivas para prácticas como el tribadismo. De este modo, los resultados abundan en que la invisibilidad social de las mujeres que tienen sexo con mujeres contribuye a que apenas reciban información y herramientas para prevenir las ITS (Gómez e Isuasti, 2018; Rodríguez García de Cortázar et al., 2007).

Entre las principales conclusiones de esta investigación, podemos destacar la identificación de tres lógicas de acción coexistente: la lógica del cuidado, la lógica de la confianza y la lógica del placer. Tener incorporada la lógica del cuidado (la lógica preventiva), significa percibir las relaciones sexuales como situaciones de riesgo de contagio de ITS -y, en ocasiones, también de embarazo-, independientemente de que se conozca al compañero o compañera sexual. Esta lógica lleva asociada a la percepción del riesgo, el uso de métodos de protección (condón, barreras de látex...) y suele funcionar en los primeros encuentros sexuales para ser abandonada en manos de la confianza.

La lógica de la confianza se fundamenta en el ideal del amor romántico (Gómez Bueno et al, 2011b; Saura et al., 2019) y en el imaginario sobre lo sano (Jacques-Aviñó et al, 2015). La confianza promovida por el mito del amor romántico se fundamenta en la idea de la entrega absoluta y la confianza plena del "amor verdadero". No solo se asocia a parejas estables y monógamas, con términos como: amor, entrega, monogamia, estabilidad, cercanía. También conocidos, amigos, exparejas o "follamigos" inspiran a menudo la suficiente confianza como para prescindir del preservativo. El imaginario sobre lo sano, lleva a identificar la salud sexual (no visible) a partir de signos externos observables como pueden ser el aseo y la higiene, el cuidado de la apariencia física e incluso el estilo en la forma de vestir. Estas ideas inspiran también, en ocasiones, la confianza que lleva a abandonar el uso del condón en los encuentros sexuales.

Por último, la lógica del placer se inspira en el hedonismo y contribuye a que una determinada representación de cómo sentir más placer se imponga por encima de los posibles riesgos para la salud. Tanto en ellos como en ellas se hace explícita la lógica del placer para rechazar el uso del condón. El argumentario masculino incluye que el preservativo resta sensibilidad y limita el sexo. El sexo con condón se semantiza entre ellos como: "no real", "horrible" y "poco comfortable". Entre las chicas de cualquier orientación sexual se sostiene igualmente que los condones restan placer, son incómodos de usar, molestan y restan autenticidad. El sexo con condón se considera "poco real".

Todo ello muestra la dificultad que supone, para este grupo de edad, integrar el condón en sus relaciones sexuales, siendo precisamente esa dificultad para erotizar el uso del condón uno de los principales obstáculos para su uso sistemático y generalizado. Desde lo discursivo sí se sostiene que hay que usar protección, pero en la práctica no se usa consistentemente.

### 3. Percepción y protección frente al Virus del Papiloma Humano y otras ITS

En cuanto al virus del papiloma humano, se partía de la hipótesis de que el cáncer de útero no sería percibido como un riesgo por las chicas, estuvieran o no vacunadas contra el VPH. Además, aquellas que sí estuvieran vacunadas se sentirían más protegidas, aunque no renovaran la vacuna en los plazos establecidos. De hecho, se observa que las chicas no perciben el cáncer de útero como un riesgo (tampoco los chicos), salvo excepciones (M43, M55). Sin embargo, las chicas que están vacunadas no se sienten más tranquilas, bien porque carecen de información general (M51), bien porque creen que aun estando vacunadas se pueden contagiar igual (M66) o porque tienen más conocimiento sobre las múltiples cepas del virus que no son cubiertas por la vacuna.

Por tanto, estos resultados difieren de los encontrados por Mullins et al., (2016), referentes a las chicas que percibían menor riesgo de ITS tras ser vacunadas.

En general, constatamos que entre las personas jóvenes participantes en este estudio existe un gran desconocimiento y confusión sobre las ITS: cuáles son, cómo se contagian, cuáles son los tratamientos, dónde conseguir información fidedigna sobre ellas y a quién acudir. Paradójicamente, pese a esta falta de conocimiento sobre ITS, critican la educación sexual recibida (la impartida en institutos de educación secundaria, en la familia o en los servicios de salud) por limitarse al uso de métodos preventivos y a la enumeración de ITS.

En este sentido, demandan que se aborden también temas relacionados con los cuidados afectivos y la violencia de género, el uso e influencia del porno en sus imaginarios y sus prácticas sexuales y que se preste atención y se tienda a la adecuación de los contenidos a las diferentes orientaciones sexuales y de género.

#### **4. Imbricaciones entre el sexo sin protección y la ingesta de sustancias psicoactivas**

La hipótesis cuatro planteaba que las situaciones de fiesta y trasnoche, acompañadas de ingestas intensivas de alcohol u otras drogas dificultan el uso de barreras profilácticas, aunque vimos que los resultados en este punto son divergentes. Hay jóvenes que mantienen la lógica del cuidado ante cualquier situación de riesgo (incluso y especialmente cuando van "colocados"), así como hay otras personas que se sienten desmotivadas para tener sexo en circunstancias de consumo. El miedo al gatillazo en los chicos y en las chicas el miedo a sufrir una agresión sexual, funcionan como freno a las relaciones sexuales en situaciones de consumo intenso de sustancias psicoactivas.

Para el caso de aquellas personas jóvenes en las que el consumo de drogas recreativas significa un aumento del riesgo, es de destacar que tanto en las mujeres que mantienen relaciones heterosexuales, como en los hombres que mantienen relaciones homosexuales, estas condiciones se asocian, en ocasiones, a situaciones de violencia o abuso, como las relaciones sexuales no deseadas.

No obstante, la relación entre ingesta de sustancias psicoactivas y uso de protección aparece matizada por el tipo de sustancia y la cantidad ingerida, así como por el momento y la situación física y emocional cuando se consume, además de por las expectativas depositadas en la sustancia en juego. Estos resultados se muestran en consonancia con trabajos previos (Rodríguez García de Cortázar et al., 2007; Romo et al., 2009).

#### **5. Dominación y negociación del uso de protección**

En el marco de las relaciones heterosexuales, la negociación sobre el uso de métodos de protección, el desconocimiento y las dificultades de acceso a los métodos específicos para mujeres (aquellos que pueden utilizar sin consentimiento de los hombres, como el condón vaginal) relegan a éstas a un papel de sumisión.

Ellas dependerán de la voluntad de sus compañeros sexuales para ponerse o quitarse el condón, en tal o cual momento de la relación. Asumiendo, en numerosas ocasiones, un período de exposición al riesgo más o menos prolongado derivado de comenzar las relaciones sexuales sin condón para introducirlo justo antes de la eyaculación masculina. Las mujeres se verán así obligadas a "confiar" o a negociar con sus parejas masculinas el uso del mismo.

La dependencia que las mujeres tienen sobre el deseo, conocimiento y pericia de sus compañeros masculinos refuerza la necesidad de comunicación para negociar el uso del preservativo, comunicación que dependerá de las relaciones de dominación y poder establecidas entre las personas participantes en el encuentro (Yachao y Samp, 2019). Quienes tienen más poder en la relación tienen más probabilidades de imponer su deseo de usar o no condón. Por tanto, la autonomía de las mujeres, especialmente en las relaciones heterosexuales, mientras no dispongan de métodos accesibles y eficaces que puedan utilizar en sus cuerpos, dependerá de la voluntad e interés de sus parejas masculinas para utilizar condón.

Las actitudes y estrategias expuestas por los chicos del GD3 (rechazo a usar condón y estrategias para disuadir de su uso a sus acompañantes) abundan en la importancia de que las mujeres comuniquen y/o impongan su deseo de usar condones, dada su dependencia de la colaboración de sus parejas para la gestión de su salud sexual.

La carga que se traslada a las mujeres, en muchos de los casos, a la hora de incorporar el preservativo a la relación sexual, sumada a la carga y exposición que puede representar para su salud la ingesta de hormonas no supervisada por profesionales médicos, nos sitúan ante el escenario de fuerte desigualdad al que se enfrentan hombres y mujeres a la hora de abordar la prevención en el marco de sus relaciones sexo afectivas.

## **6. Relaciones sexo-afectivas, violencias patriarcales y resistencias feministas**

Respecto a las violencias patriarcales, son numerosas las tensiones y contradicciones que las y los jóvenes enfrentan actualmente en el ámbito afectivo-sexual. Los discursos analizados se articulan alrededor de aspectos concretos que reflejan algunas de las tensiones existentes en la lucha anti-patriarcal:

1) Desaprender y deconstruir los mitos del amor romántico (entrega absoluta, olvido de una misma, lealtad, fidelidad, sumisión...) y diseñar formas alternativas de relacionarse desde el respeto y el reconocimiento.

2) Conquistar su derecho al placer: deshaciéndose de la vergüenza y las tiranías impuestas sobre el cuerpo femenino; "educando" a los chicos para proporcionar placer; empoderándose y exigiendo la igualdad orgásmica; y, en ocasiones, limitando sus relaciones sexuales a relaciones con otras mujeres.

3) Las relaciones sexuales con hombres se construyen a partir de roles y posiciones desiguales preestablecidas, con las mujeres a partir de la equidad, el descubrimiento y la negociación. Por ello, renunciar a tener sexo con hombres, ciñéndose al sexo con otras mujeres se percibe como la alternativa con más posibilidades de deconstrucción de los dictados heteronormativos y de reconstrucción del placer.

4) La fluidez y variabilidad en la adopción de los roles de género se opone a la imposición ideológica del binarismo.

5) Frente a la dominación masculina que contribuye a que algunas mujeres orienten sus actos a satisfacer sexualmente al compañero, accediendo a tener sexo cuando no lo desean, se erigen el empoderamiento, el feminismo y su difusión.

6) Las diferentes formas de violencia, al ser justificadas son admitidas y reproducidas. Las excusas dejarían más margen a su cuestionamiento. No obstante, unas y otras contribuyen a su normalización y a la reproducción del orden heteropatriarcal.

Nuestros resultados confirman algunas de las conclusiones logradas por estudios previos respecto a excusas y justificaciones de la violencia patriarcal: culpabilización de las víctimas, defensa de los deseos sexuales irrefrenables de los hombres (Orbuch 1997; Scott y Lyman, 1968), normalización o naturalización de la manipulación y el chantaje afectivo para mantener relaciones sexuales, y conceptualización de las mujeres como instrumentos de placer para ellos (Contreras et al., 2010).

Entre los reductos inquebrantables del patriarcado destacan las auto-exigencias (corporales, afectivas, emocionales...) y la auto-inculpación de las mujeres. Así como el mantenimiento de las profundas diferencias de género respecto a sus miedos. Mientras las chicas temen ser violadas, los chicos con orientación heterosexual temen ser rechazados por ellas o, en el peor de los casos, que se rían de ellos. En ningún caso se perciben como posibles víctimas de la violencia, lo que sí perciben, en cierto sentido, los chicos de orientación homosexual.

Las mujeres transitan la desigualdad siendo más o menos conscientes de que la violencia existe, asumiendo, negociando o rebelándose contra las imposiciones de género. Pero sus discursos muestran la violencia a la que se ven expuestas en sus relaciones sexuales y afectivas. La violencia patriarcal tiene múltiples caras que se manifiestan a lo largo de un *continuum* aunque esas caras estén ausentes del discurso mediático, centrado únicamente en la violencia con resultado de muerte o violación.

Paradojas de los tiempos, cuando los discursos feministas parecerían estar calando en la población joven como se observa entre las personas participantes en esta investigación, autoras (Segato, 2003; Lagarde, 2004; Varela, 2016) y datos son contumaces: asistimos al incremento de la violencia que sufren las mujeres y las personas diversas. La serie de encuestas del CIS sobre Violencia de Género (1999, 2002, 2006, 2011, 2015) muestra el aumento de la violencia física, sexual, de control y de "pruebas de amor", con el consiguiente riesgo de sufrir chantajes, entre las más jóvenes (Varela, 2016). Los resultados de la recién publicada "Macroencuesta de violencia contra la mujer", (CIS, 2019) abundan en la misma línea. Aunque en el período 2015-2019 se registran pequeñas variaciones, éstas son mínimas.

Nos preguntamos, finalmente, de qué forma el contexto social actual en el que los feminismos han saltado a la esfera pública y política en España y otros países es un aliciente para que las mujeres puedan poner nombre a unas vivencias que antes no se atrevían a reconocer y categorizar, como, por ejemplo, las violaciones en la pareja. Y cuáles son los aprendizajes que este contexto está favoreciendo en los jóvenes.

En definitiva, la investigación sobre prácticas sexuales de riesgo, asociadas o no a consumo de sustancias psicoactivas, es un tema que sigue requiriendo atención en la actualidad. El principal aporte de esta investigación posiblemente radica en abordar el tema de manera holística, desde un enfoque situacional (con énfasis en el contexto de la acción) y con aplicaciones prácticas.

## V. BIBLIOGRAFÍA

---



## V. BIBLIOGRAFÍA

---

Adán, C. (2019). *Feminicidio. Un nuevo orden patriarcal en tiempos de sumisión*. Bellaterra.

Ballester, R., Gil-Lario, M. D., Ruiz-Palomino, E., y Giménez García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29(1), 76-82. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601>

Barrecheguren, P. (2018, abril 25). Una década de la vacuna contra el virus del papiloma humano: Desmontando mitos. *El País*. [https://elpais.com/elpais/2018/04/23/ciencia/1524491758\\_048948.html](https://elpais.com/elpais/2018/04/23/ciencia/1524491758_048948.html)

Bauermeister, J. A., Ventuneac, A., Pingel, E., & Parsons, J. T. (2012). Spectrums of love: Examining the relationship between romantic motivations and sexual risk among young gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1549–1559. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0123-8>

Beauvoir, S. (2004). *Le deuxième sexe*. Presses de L'université Paris-Sorbonne.

Bertaux, D. (1993). La perspectiva biográfica: Validez metodológica y potencialidades. En J. M. Marinas & C. Santa Marina (Eds.), *La historia oral: Métodos y experiencias* (pp. 19-34). Debate.

Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida: Perspectiva etnosociológica*. Bellaterra.

Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Éditions du Seuil.

Bozon, M. (1990a). Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints. Une domination consentie. I. Types d'union et attentes en matière d'écart d'âge. *Population*, 2, 327-360.

Bozon, M. (1990b). Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints. Une domination consentie. II. Modes d'entrée dans la vie adulte et représentations du conjoint. *Population*, 3, 565-602.

Brenner, A. (2013). Resisting Simple Dichotomies: Critiquing Narratives of Victims, Perpetrators, and Harm in Feminist Theories of Rape. *Harvard Journal of Law and Gender*, 36(2), 503-568.

Brodbeck, J., Matter, M., & Moggi F. (2006). Association Between Cannabis Use and Sexual Risk Behavior Among Young Heterosexual Adults. *AIDS Behav*, 10(5), 599-605.

Budgeon, S. (2014). The Dynamics of Gender Hegemony: Femininities, Masculinities and Social Change. *Sociology*, 48(2), 317-334. <https://doi.org/10.1177/0038038513490358>

Butler, G.K., & Montgomery, A.M. (2004) "Impulsivity, risk taking and recreational 'ecstasy' (MDMA) use". *Drug Alcohol Dependence*, 576(1), 55-62.

Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.

Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A., y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21(2), 227-233.

Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Ariel.

Cab-Sánchez, G., Bedler, G., Hernández-Solís, S. E., Rueda-Gordillo, F., Conde-Ferráez, L., Gómez-Carballo J. y González-Losa, M. (2017). Epidemiología de la infección oral por VPH en sujetos jóvenes sanos. *Revista Chilena de Infectología*, 34(6): 557-562.

Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. La Piqueta.

Castellsagué, X., Iftner, T., Roura, E., Vidart, J.A., Kjaer, S.K., Bosch, F.X., Muñoz, N., Palacios, S., San Martín Rodríguez, M., Serradell, L., Torcel-Pagnon, L., & Cortes, J. (2012). Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE study. *Journal of Medical Virology*, 84(6), 947-56. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-12-145>

Castro Calvo, J., Morrel Mengual, V., & Giménez García, C. (2016). Uso de la barrera de látex en lesbianas: ¿relación con la compulsividad sexual? *Ágora de Salud*, III, 85-93. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalud.2016.3.9>

Clayton, H. B., Andrzejewski, J., Johns, M., Lowry, R., & Ashley C. (2019). Does the association between substance use and sexual risk behaviors among high school students vary by sexual identity? *Addict Behavior*, 93, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.018>

Centro de Investigaciones Sociológicas. CIS. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. (N.o 3027). [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/listaMuestras.jsp?estudio=14084](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/listaMuestras.jsp?estudio=14084)

Centro de Investigaciones Sociológicas. CIS. (2019). *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. (N.o 3235). [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2\\_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=14470&cuestionario=17449&muestra=24513](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=14470&cuestionario=17449&muestra=24513)

Connell, R.W. (1987). *Gender and power*. Allen and Unwin.

Connell, R.W. (1995). *Masculinities*. Polity Press.

Connell, R. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1675-1683. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>

Contreras, J. M., Bott, S., Guedes, A., & Dartnall, E. (2010). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Sur África: Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia\\_Sexual\\_LAyElCaribe.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia_Sexual_LAyElCaribe.pdf)

Dir, A. L., Gilmore, A. K., Moreland, A. D., Davidson, T. M., Borkman, A. L., Rheingold, A. A., & Danielson, C. K. (2018). What's the harm? Alcohol and marijuana use and perceived risks of unprotected sex among adolescents and young adults. *Addictive Behaviors*, 76, 281-284. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.035>

Dolan, K., & Davis, P. (2003). Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. *Social Science & Medicine*, 57(1), 25-38.

Douglas, M. (1992). *Risk and Blame. Essays in cultural theory*. Routledge.

Elias, N. (1995) *Sociología fundamental*. Barcelona: Gedisa.

Elifson, K., Klein, H., & Sterk, C. E. (2008). Condom use self-efficacy among young adult ecstasy users. *Journal of Drug Issues*, 38, 4-11. <https://doi.org/10.1177/002204260803800403>

Eul, J. (2010). Drug consumption and (safer) sex, *Sucht Magazin*, 5(1), 8-12. <https://www.researchgate.net/publication/262360574>

Ezzy, D. (2000). Illness narratives: time, hope and HIV. *Social Science & Medicine*, 50(5), 605-617. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00306-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00306-8)

Ferrer Pérez, V. A., Bosch Fiol, E., y Navarro Guzmán, C. (2010). Los mitos románticos en España. *Boletín de psicología*, 99, 7-31. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N99-1.pdf>

Feminicidios.net. (2019). *Listado de feminicidios y otros asesinatos de mujeres cometidos por hombres en España en 2019*. <https://gestion.feminicidio.net/articulo/listado-feminicidios-y-otros-asesinatos-mujeres-cometidos-hombres-esp%C3%B1a-2019>

Friedman, S.R., Flom, P.L., Kottiri, B.J., Neaigus, A., Sandoval, M., & Curtis, R. (2001). Consistent condom use in the heterosexual relationships of young adults who live in a high-HIV-risk neighbourhood and do not use "hard drugs". *AIDS Care*, 13, 285-96. <https://doi.org/10.1080/O9540120120043937>

García de León, M.A. (2012). *Cabeza moderna/corazón patriarcal*. Anthropos.

Gasch Gallen, A., Tomas Aznar, C., & Rubio Aranda, E. (2018). Assessing gender stereotypes and sexual risk practices in men who have sex with men. *Gaceta Sanitaria*, 32(6), 519-525. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.001>

Goffman, E. (2009). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.

Golub, S. A., Starks, T. J., Payton, G., & Parsons, J. T. (2012). The critical role of intimacy in the sexual risk behaviors of gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 16(3), 626 - 632. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9972-4>

Gómez Bueno, C., Bretin, H., y Puente, R. (2011a). *Anticoncepción en Andalucía. I- Representaciones, discursos y prácticas profesionales*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. <http://hdl.handle.net/10481/17742>

Gómez Bueno, C., Bretin, H., y Puente, R. (2011b). *Anticoncepción en Andalucía. II- Representaciones, discursos y prácticas de adolescentes y adultas, con y sin discapacidad*. <http://hdl.handle.net/10481/17743>

Gómez Bueno, C. (2013). El efecto de las técnicas en los datos: el caso de la anticoncepción. *Empiria*, 25, 93-120.

Gómez, E., e Insuasti, A. (2018). *Servicios de salud sexual y salud reproductiva: experiencias de un grupo de mujeres lesbianas y bisexuales*. [Tesis Doctoral. Pontificia Universidad Javeriana, Cali].

Guttmacher, S., Lieberman, L., Ward, D., Freudenberg, N., Radosh, A., & Des Jarlais, D. (1997). Condom availability in New York City public high schools: Relationships to condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health* 87, 1427\_1433. <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.9.1427>

Haraway, D. (1991). *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. Routledge.

Hammersley, R., Ditton, J., Smith, I., & Short, E. (1999). Patterns of ecstasy use by drug users. *British Journal of Criminology*, 39 (4), 625–647. <https://doi.org/10.1093/bjc/39.4.625>

Harvey, S. M., Bird, S. T., Galavotti, C., Duncan, E. A., & Greenberg, D. (2002). Relationship power, sexual decision making and condom use among women at risk for HIV/STDs. *Women & Health*, 36(4), 69–84. [https://doi.org/10.1300/J013v36n04\\_06](https://doi.org/10.1300/J013v36n04_06)

Hernando, V., Ruiz-Algueró, M., y Díaz, A. (2018). *Epidemiología del VIH y de otras Infecciones de Transmisión Sexual en mujeres. España, diciembre 2018*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.; 2018

Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., & Thomson, R. (1992). Risk, power and the possibility of pleasure: young women and safer sex. *AIDS Care*, 4, 273-83. <https://doi.org/10.1080/09540129208253099>

Hunnicutt, G. (2009). Varieties of Patriarchy and Violence Against Women: Resurrecting "Patriarchy" as a Theoretical Tool. *Violence Against Women*, 15(5), 553–573. <https://doi.org/10.1177/1077801208331246>

Hunt, R., & Fish, J. (2015). Prescription for Change. *Lesbian and bisexual women's health check 2008*. Stonewall & De Montfort University. [https://www.stonewall.org.uk/system/files/Prescription for Change 2008 .pdf](https://www.stonewall.org.uk/system/files/Prescription%20for%20Change%202008.pdf)

Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión, teoría y crítica*. SXXI.

Jacques-Aviñó, C., García de Olalla, P., Diez, E., Martín, S., y Cayla, J. A. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 252-257. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002>

Jørgensen, L., Gøtzsche, P., & Jefferson, T. (2018). The Cochrane HPV vaccine review was incomplete and ignored important evidence of bias. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23, 165-168. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111012>

Lagarde, M. (2004). Mujeres cuidadoras: Entre la obligación y la satisfacción. En *Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado* (pp. 155-160). EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer.

Larrañaga, E., Yubero, S., y Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa Psicológica*, 9(2), 5-13. <https://doi.org/10.18774/448x.2012.9.89>

Liau, A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R.A., Williams, K.M., & Harrington, K. (2002). Associations between biologically confirmed marijuana use and laboratory-confirmed sexually transmitted diseases among African American adolescent females. *Sexually Transmitted Diseases*, 29, 387-390. [https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2002/07000/Associations\\_Between\\_Biologically\\_Confirmed.4.aspx](https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2002/07000/Associations_Between_Biologically_Confirmed.4.aspx)

Martín Alcoff, L. (2018). *Rape and Resistance*. Polity Press.

Martín Criado, E. (1997). El grupo de discusión como situación social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79, 81-112.

Martín Criado, E. (2014). Mentiras, inconsistencias y ambivalencias: teoría de la acción y análisis de discurso. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 115-138. <http://www.reis.cis.es/REIS/jsp/REIS.jsp?opcion=articulo&ktitulo=1280&autor=ENRIQUE+MART%CDN+CRIADO>

MacKinnon, C. (2016). Rape Redefined. *Harvard Law & Policy Review* 10(2), 431-477.

McNall, M., & Remafedi, G. (1999). Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 153(11), 1130-1135. <https://doi.org/10.1001/archpedi.153.11.1130>

Menéndez, I. (2014). Alianzas conceptuales entre patriarcado y postfeminismo: a propósito del capital erótico. *Revista Clepsidra*, 13, 45-64. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/6506>

Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. (2019). *Ficha estadística de víctimas mortales por violencia de género*. <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>

Ministerio del Interior. (2019). *Portal estadístico de criminalidad. Victimizaciones*. <https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer. 2015*. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

Morgan, M.J. (1999). Memory deficits associated with recreational use of "ecstasy" (MDMA). *Psychopharmacology*, 141, 30-36. <https://doi.org/10.1007/s002130050803>

Morrison, D.M., Gillmore, M.R., Hoppe, M.J., Gaylord, J., Leigh, B.C., & Rainey, D. (2003). Adolescent drinking and sex: findings from a daily diary study. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 35(4), 162-168.

Mosse, G.L. (1996). *The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity*. Oxford University Press.

Mullins, T. L., Zimet, G., Rosenthal, S., Morrow, Ch., Ding, L., Huang, B., & Khan, J. (2016). Human papillomavirus vaccine-related risk perceptions and subsequent sexual behaviors and sexually transmitted infections among vaccinated adolescent women. *Vaccine*, 34(34), 4040-4045. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.06.026>

Noar, S. M., Carlyle, K., & Cole, C. (2006). Why communication is crucial: Meta-analysis of the relationship between safer sexual communication and condom use. *Journal of Health Communication*, 11(4), 365-390. <https://doi.org/10.1080/10810730600671862>

Orbuch, T.L. (1997). People's accounts count: The sociology of accounts. *Annual Review of Sociology*, 23, 455-478. [www.jstor.org/stable/2952560](http://www.jstor.org/stable/2952560)

- Otto-Salaj, L. L., Traxel, N., Brondino, M. J., Reed, B., Gore-Felton, C., Kelly, J. A., & Stevenson, L. Y. (2010). Reactions of heterosexual African American men to women's condom negotiation strategies. *Journal of Sex Research, 47*(6), 539–551. <https://doi.org/10.1080/00224490903216763>
- Parrott, A.C., Sisk, E., Turner, J.J.D. (2000). Psychobiological problems in heavy 'ecstasy' (MDMA) polydrug users. *Drug and Alcohol Dependence, 60*, 105–110. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(00\)80013-7](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(00)80013-7)
- Pérez-Morente, M. A., Cano-Romero, E., Sanchez-Ocon, M. T., Castro-López, E., Jiménez-Bautista, F., & Hueso-Montoro, C. (2017). Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. *Revista española de salud pública, 91*, 1-6. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17049838018>
- Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S. L., & Rudd, R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care, 14*(6), 789 - 800. <https://doi.org/10.1080/0954012021000031868>
- Ramseyer, V., Cook, M., Pekarek, E., & Ward, M. (2019). Sex and substances: Does body image play a role? *Journal of Substance Use, 24*(6), 272 – 276. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1642411>
- Richters, J., Prestage, G., Schneider, K., & Clayton, S. (2010). Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women. *Sexual Health, 7*(2), 165–169. <https://www.publish.csiro.au/sh/SH09072>
- Rhodes, T., & Stimson, G.V. (1994). What is the relationship between drug taking and sexual risk? Social relations and social research. *Sociology of Health & Illness, 16*(2), 219-228. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-9566.ep11347330>
- Rhodes, T., & Cusick, L. (2002). Accounting for unprotected sex: stories of agency and acceptability. *Social Sciences & Medicine, 55*, 211-226. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00162-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00162-9)
- Rodríguez García de Cortázar, A.; Hernán, M.; Cabrera, A.; García Calleja, JM. y Romo, N. (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones, 19*(2), 153-168. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/313>
- Ruiz Repullo, C. (2016). *Voces tras los datos: Una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescentes*. Estudios nº 31. Instituto Andaluz de la Mujer. <http://www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/2016/143535461.pdf>



Santelli, J.S., Robin, L., Brener, N.D., & Lowry, R. (2001). Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives*, 33(5), 200-205. <https://doi.org/10.2307/2673782>

Sanyal, M. (2019). *Violación: Aspectos de un crimen, de Lucrecia al Me Too*. Reservoir Books.

Saura, S., Jorquera, V., Rodríguez, D., Mascort, C., Castella, I., y García, J. (2019). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Atención Primaria*, 51(2), 61-70. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.08.005>

Schifano, F., Di Furia, L., Forza, G., Minicuci, N., & Bricolo, R. (1998). MDMA ('ecstasy') consumption in the context of polydrug abuse: a report on 150 patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 52(1), 85-90. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(98\)00051-9](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(98)00051-9)

Schippers, M. (2007). Recovering the Feminine Other: Masculinity, Femininity, and Gender Hegemony. *Theory and Society*, 36(1), 85-102. <https://jstor.org/stable/4501776>

Scott, M. B., y Lyman, S. M. (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33 (1), 46-62. <https://doi.org/10.2307/2092239>

Segato, Rita. (2003). *Las estructuras fundamentales de la violencia*. Universidad Nacional de Quilmes.

Sepúlveda Murillo, F. H., Chica Olmo, J., y Rodríguez García de Cortázar, A. (2018). The spatial heterogeneity of factors of femicide: The case of Antioquia-Colombia. *Applied Geography*, 92, 63-73. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2018.01.006>

Sepúlveda-Carrillo, G. J., & Goldenberg, P. (2014). Conhecimentos e práticas de jovens sobre a infecção pelo papiloma vírus humano: Uma questão re-atualizada. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 152-161. <https://doi.org/10.18597/rcoog.63>

Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(1), 90 - 132. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.1.90>

Simkin, R. J. (1991). Lesbians face unique health problems. *Canadian Medical Association Journal*, 145(12), 1620-1623. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1336093/>

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2020). *Las cifras del cáncer en España 2020*. [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras\\_del\\_cancer\\_2020.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf)

Soligo Takemoto, M. L., Menezes, M. de O., Andreucci Polido, C. B., Santos, D. de S., Leonello, V. M., Magalhaes, C. G., & Knobel, R. (2019). Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. *Cadernos de Saude Publica*, 35(3), 1-17. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00118118>

Stryker, S., & Bettcher, T. M. (2016). Introduction: Trans/Feminisms. *Transgender Studies Quarterly*, 3 (1-2), 5-14. <https://doi.org/10.1215/23289252-3334127>

Tamayo-Acevedo, L., Gil-Cano, P., y Tamayo-Acevedo, L. (2014). Lo que no se ve, no existe: Percepciones sobre cáncer y papilomavirus humano en jóvenes universitarios. *Aquichan*, 15(2), 248-265. DOI: [10.5294/aqui.2015.15.2.9](https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.9)

Teva, I., Bermúdez, M. P., & Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of Sexual Behavior in Spanish Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 471 – 484. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17213008008>

Toch, H. (1998). Hypermasculinity and Prison Violence. En L. H. Bowker (Ed.), *Masculinities and Violence* (pp. 170-176). Sage Publications.

Tschann, J. M., Adler, N. E., Millstein, S. G., Gurvey, J. E., & Ellen, J. M. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 31(1), 17-25. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00418-9](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00418-9)

Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. (2019). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2017*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. <https://www.mscols.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS 1995 2017 def.pdf>

Uusküla, A., Abel-Ollo, K., Markina, A., McNutt, L., & Heimer, R. (2011). Condom use and partnership intimacy among drug injectors and their sexual partners in Estonia. *Sexually Transmitted Infections*, 88(1), 58-62.

Varela, N. (2016). Barcos y Corazones. Las sutilezas del patriarcado en la transmisión de valores que alimentan la violencia de género. *Metamorfosis: Revista del Centro Reina Sofía*, 4, 59-73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6163212>

Varela, N. (2017). *Íbamos a ser reinas. Mentiras y complicidades que sustentan la violencia de género*. Penguin Random House.

Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. Harper & Row.

Warner, M. (1991). Fear of a Queer Planet. *Social Text*, 29, 3-17. <http://www.jstor.org/stable/466295> Accessed

WHO. (14 de junio de 2019). *Infecciones de transmisión sexual*. WHO. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

WHO. Department of Reproductive Health and Research (20 de octubre de 2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. WHO. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

WHO (Globocan). International Agency for Research on Cancer. (2018). *Cervix Uteri* <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>

WHO (Globocan). International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. (2020). *Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, worldwide, both sexes, all ages*. *Cancer Today*. <https://gco.iarc.fr/today/home>

WHO (UNAIDS). (2002). *SEX-RAR Guide: The Rapid Assessment and Response Guide on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour*. [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/epidemiology/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/epidemiology/en/)

Woolf, S. E., & Maisto, S. A. (2008). Alcohol use and risk of HIV infection among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 13(4), 757 - 782. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9354-0>

Yachao L., & Samp, J. (2019). Sexual Relationship Power, Safer Sexual Communication, and Condom Use: A Comparison of Heterosexual Young Men and Women. *Western Journal of Communication*, 83(1), 58-74. <https://doi.org/10.1080/10570314.2017.1398835>

Yela, C. (2003): La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros en Psicología Social*, 1(2), 263-267.

Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193-209. <https://doi.org/10.1177/1350506806065752>

## VI. ANEXOS

---

## FICHA MUJERES PARTICIPANTES EN GRUPOS DE DISCUSIÓN-2019

Hola, aquí os pedimos, por favor, unos datos. Es muy breve y totalmente **anónimo**. Por favor, contestad con la mayor precisión. Gracias por vuestra colaboración.

P.1 Edad

P.2 Estudios:

P.3- Estudios de su madre \_\_\_\_\_

P.4- Estudios de su padre \_\_\_\_\_

P.5- Ocupación de su madre \_\_\_\_\_

P.6- Ocupación de su padre \_\_\_\_\_

P.7- Género

P.8- Tienes o has tenido relaciones:

Heterosexuales 1

Homosexuales 2

Ambas 3

P.9- ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos conoces y has utilizado?

	Conozco		He utilizado	
	Sí	No	Sí	No
Marcha atrás	1	2	1	2
Preservativo o condón	1	2	1	2
Píldora	1	2	1	2
Píldora de urgencia o postcoital	1	2	1	2

Si conoces otros, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Si has utilizado otros ¿cuáles? \_\_\_\_\_

P10. ¿Estás vacunada contra el Virus del Papiloma Humano?

Sí 1 ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

No 2

No sé 3

P11. ¿Con qué frecuencia consumes las siguientes sustancias?

Diaria Semanal Mensual Ocasional Nunca

Alcohol (varias cervezas o copas) \_\_\_\_\_

Porros (Hachís o Marihuana) \_\_\_\_\_

Éxtasis, MDMA y similares \_\_\_\_\_

Alucinógenos \_\_\_\_\_

Cocaína \_\_\_\_\_

Psicofármacos \_\_\_\_\_

Otros, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

P12. ¿Te has hecho alguna prueba de detección de Infecciones de Transmisión Sexual?

Sí 1 ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ No 2

P13. ¿Has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

Sí 1 ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ No 2

P14. ¿Conoces a alguien que tenga VIH? \_\_\_\_\_

Muchas gracias por tu colaboración

## FICHA HOMBRES PARTICIPANTES EN GRUPOS DE DISCUSIÓN-2019

Hola, aquí os pedimos, por favor, unos datos. Es muy breve y totalmente **anónimo**. Por favor, contestad con la mayor precisión. Gracias por vuestra colaboración.

- P.1 Edad
- P.2 Género
- P.3 Estudios
- P.4 Tienes o has tenido relaciones
  - a. Heterosexuales 1
  - b. Homosexuales 2
  - c. Ambas 3
- P.5 ¿En tus relaciones sueles usar algún tipo de protección?
- En relaciones homo: ¿cuáles? \_\_\_\_\_
- En relaciones hetero: ¿cuáles? \_\_\_\_\_
- P.6 Podrías decirnos con qué frecuencia consumes las siguientes sustancias: Diaria, Semanal, Mensual, Ocasional, o Nunca
- Alcohol (varias cervezas o copas) \_\_\_\_\_
- Porros (Hachís o Marihuana) \_\_\_\_\_
- Éxtasis, MDMA y similares \_\_\_\_\_
- Alucinógenos \_\_\_\_\_
- Cocaína \_\_\_\_\_
- Psicofármacos \_\_\_\_\_
- Otras sustancias, ¿cuáles? \_\_\_\_\_
- P.7 ¿Te has hecho alguna prueba de detección de Infecciones de Transmisión Sexual?
- Sí 1 ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ No 2
- P.8 ¿Has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?
- Sí 1 ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ No 2
- P.9 ¿Conoces a alguien que tenga VIH y de qué la conoces?  
\_\_\_\_\_
- P.10 Podrías decirnos qué estudios terminaron su:
  - Madre \_\_\_\_\_
  - Padre \_\_\_\_\_
- P.11 Y, ¿Cuál es o era su ocupación principal?
- Ocupación de su madre \_\_\_\_\_
- Ocupación de su padre \_\_\_\_\_
- P.12 Para terminar, ¿de dónde eres? Pueblo / Ciudad; Provincia / País

Muchas gracias por tu colaboración

## PERFILES PARTICIPANTES Y FORMAS DE CONTACTACIÓN

## Características sociodemográficas (Grupo 1)

Grupo 1. Mujeres que tienen sexo con mujeres. Estudios universitarios. Relaciones esporádicas.	Edad	Estudios	Orientación sexual	Estudios de la madre	Estudios del Padre	Ocupación de la madre	Ocupación del padre	Contactación
M11	23	Universitarios	Bisexual					Redes personales
M12	25	Universitarios	Bisexual	Graduado escolar	Graduado escolar	Señora de la limpieza	Camarero	Redes institucionales
M13	23	Universitarios	Bisexual	Doctorada en fisioterapia	Estudios superiores en maestría industrial	Profesora Universidad	Prejubilado	Redes personales
M14	23	Universitarios	Bisexual	Enfermería	Sin estudios	Enfermera	Empleado en un matadero	Redes personales
M15	23	Universitarios	Bisexual	Primaria	Primaria	Costurera	Fallecido	Redes personales
M16	23	Universitarios	Lesbiana	Bachillerato	Bachillerato	Administrativa	Administrativo	Redes personales
M17	24	Universitarios	Bisexual	Bachillerato	Bachillerato	Ama de casa	Vigilante de seguridad	Redes personales

## Características sociodemográficas (Grupo 2)

<b>Grupo 2. Hombres que tienen sexo con hombres. Estudios universitarios. Relaciones esporádicas.</b>	<b>Edad</b>	<b>Estudios</b>	<b>Orientación sexual</b>	<b>Estudios de la madre</b>	<b>Estudios del Padre</b>	<b>Ocupación de la madre</b>	<b>Ocupación del padre</b>	<b>Contactación</b>
H21	21	Cursando estudios universitarios	Homosexual	Universitarios	Universitarios	Asesora fiscal	Aparejador	Redes personales
H22	23	Universitarios	Homosexual	Enfermería	Secundarios	Enfermera	Electricista	Redes personales
H23	20	Universitarios	Homosexual	ESO	Sin estudios	Camarera	Camarero	Redes personales
H24	22	Posgrado	Homosexual	Administración de empresas	Sin estudios	Secretaria	Agricultor	Redes personales
H25	22	Universitarios	Homosexual	Estudios secundarios	Estudios secundarios		Peluquero	Redes personales
H26	20	Universitarios	Homosexual	ESO	Bachiller	Limpiadora	Jubilado	Redes personales
H27	23	Universitarios	Homosexual	Diplomada en Trabajo Social	Estudios secundarios	Trabajadora Social	Bombero	Redes personales
H28	23	Cursando estudios universitarios	Homosexual	No tiene	Secundarios	Auxiliar de clínica	Bombero	Redes personales



### Características sociodemográficas (Grupo 3)

Grupo 3. Hombres. Heterosexual. Estudios medios. Relaciones esporádicas.	Edad	Estudios	Orientación sexual	Estudios de la madre	Estudios del Padre	Ocupación de la madre	Ocupación del padre	Contactación
H31	25	Formación Profesional de Grado Superior	Heterosexual	FP	Ninguno	Cocinera	Camionero	Redes personales
H32	22	ESO	Heterosexual	Magisterio	FP Química	Profe primaria	Jubilado (Encargado en fábrica)	Redes personales
H33	20	ESO	Heterosexual	Bachillerato	Carrera	Contable	Profe instituto	Redes personales
H34	24	Formación Profesional de Grado Medio	Heterosexual	Grado superior (Admin)	Técnico electricista	Ama de casa	Electricista	Redes personales
H35	20	ESO	Heterosexual	Filología hispánica	Grado superior (Medio ambiente)	Profesora de auxiliar de ayuda a domicilio	Control medioambiental	Redes personales
H36	23	Bachillerato	Heterosexual	Filología hispánica	Bachillerato	Contable	Desempleado (cantante)	Redes personales

### Características sociodemográficas (Grupo 4)

Grupo 4. Mujeres y hombres. Heterosexuales Estudios medios. Relaciones esporádicas.	Edad	Estudios	Orientación sexual	Estudios de la madre	Estudios del Padre	Ocupación de la madre	Ocupación del padre	Contactación
H41	25	Formación profesional	Heterosexual	Enfermería	Graduado escolar	Pensionista (minusvalía)	Camionero	Redes sociales
M42	24	ESO	Heterosexual	Universitarios	Eso	Trabajadora	Desempleado	Redes sociales
M43	23	Formación Profesional de Grado Medio	Heterosexual	Ciclo medio formación profesional (auxiliar admin.)	Universitarios (biología)	Auxiliar administrativa	Jubilado	Redes personales
H44	23	Bachillerato	Heterosexual	Universitarios (derecho)	Formación profesional	Trabajadora (educación ambiental)	Protésico dental.	Redes personales
M45	20	Formación Profesional de Grado Superior	Heterosexual	Farmacéutica	Sin estudios	Farmacéutica	Camionero	Redes sociales
M46	24	Formación Profesional de Grado Medio	Heterosexual	Secundarios	Secundarios	Dependiente	Anticuário y restaurador	Redes personales

### Características sociodemográficas (Grupo 5)

<b>Grupo 5. Mujeres. Heterosexual. Estudios medios / superiores. Relaciones larga duración</b>	<b>Edad</b>	<b>Estudios</b>	<b>Duración Relación</b>	<b>Estudios de la madre</b>	<b>Estudios del Padre</b>	<b>Ocupación de la madre</b>	<b>Ocupación del padre</b>	<b>Contactación</b>
M51	20	Primarios	3 años	EGB	FP	Limpiadora	Albañil	Redes sociales
M52	21	Formación Profesional de Grado Superior	4 años	FP auxiliar de enfermería	Celador	Auxiliar de enfermería	Agricultor	Redes institucionales
M53	23	Grado universitario	7 años	Grado medio en administración	Ninguno	Ama de casa	Autónomo	Redes institucionales
M54	23	Grado universitario	3 años	Magisterio	Arquitectura	Maestra	Desempleado	Redes sociales
M55	21	Formación Profesional de Grado Superior	3 años		Técnico superior		Empresa de madera	Redes sociales
M56	18	Formación Profesional de Grado Superior		Veterinaria	Agricultura	Veterinaria	Agricultor y ganadero	Redes institucionales

### Características sociodemográficas (Grupo 6)

<b>Grupo 6. Mujeres. Heterosexual. Estudios medios. Relaciones esporádicas.</b>	<b>Edad</b>	<b>Estudios</b>	<b>Orientación sexual</b>	<b>Estudios de la madre</b>	<b>Estudios del Padre</b>	<b>Ocupación de la madre</b>	<b>Ocupación del padre</b>	<b>Contactación</b>
M61	21	ESO	Heterosexual	Bachiller	Bachiller	Dependiente	No tiene contacto	Redes sociales
M62	19	Formación Profesional de Grado Superior	Heterosexual	No lo sabe	Bachiller	Cocinera	Fontanero	Redes institucionales
M63	25	Grado medio farmacia	Heterosexual	Primaria	Bachiller	Cocinera	Albañil	Redes sociales
M64	22	Formación Profesional de Grado Superior	Heterosexual	Trabajo social	Bachiller	Desempleada	Guardia civil	Redes sociales
M65	20	Formación Profesional de Grado Superior	Heterosexual	Diseñadora de interiores	Informática	Ama de casa	Empleado en telefónica	Redes institucionales
M66	19	Formación Profesional de Grado Medio	Heterosexual	ESO	ESO	No tiene contacto	Trabajador fábrica	Redes sociales

## RADIO PLACERES

### ¿Quiénes somos?

RADIO PLACERES es fruto del proyecto de investigación-acción participativa Jóvenes, Placeres y Riesgos, financiado por el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud (2018-2020).

Somos un equipo de trabajo del Departamento de Sociología de la Universidad de Granada, formado por Carmuca Gómez Bueno, Ainhoa Rodríguez García de Cortázar, Inés González Calo, Iseo Morillas, Raquel Latorre y Ana López Ávila, y que ha contado con la colaboración de Álvaro Padilla y Yeray Blanco.

### ¿Cómo lo hicimos?

RADIO PLACERES parte de una perspectiva de investigación-acción situada, de tipo cualitativo. Pretende difundir los resultados de la investigación sociológica de una manera más cercana y directa y con menos mediaciones.

Trabajamos con una mirada feminista, participativa, abierta a la diversidad y a las disidencias.

Para la investigación, llevamos a cabo seis grupos de discusión con 39 jóvenes con diferentes orientaciones sexuales y distintos tipos de relaciones sexo-afectivas.

Posteriormente realizamos talleres formativos de radio participativa, grupos de radio con jóvenes y entrevistas a expertas que nos permitieron discutir, matizar y profundizar en algunas de las reflexiones y discursos que encontramos en los resultados de la investigación.

RADIO PLACERES nació en plena pandemia y en ella se invirtieron horas y horas de discusiones, análisis y reflexiones, de experiencias de muchas personas que han querido compartir a través de diferentes plataformas... y que esperamos que os resulten interesantes.



PLACERES RADIODOS - ACERCA DE - OTROS DESTINOS

BUSCAR

DESTACADO



septiembre 20, 2020

### 1º PROGRAMA - PLACER Y PREVENCIÓN

¡Bienvenidos al primer programa de Radio Placeres! Para empezar, como bien saben el título antiguo, vamos a tratar temas relacionados con el placer, la prevención, las relaciones, la lubricación, el sexo seguro, etc. Pero vamos en los temas que nos interesan y que nos preocupan: ¿cómo relajarnos con la confianza? Como hacemos normalmente, hemos estado a la calle para preguntarle a otras personas como nosotras sobre sus experiencias y opiniones de manera que nos han contado. Puesto que lo que compartimos son secretos, aunque a veces, amamos bien la noche y disfrutamos una fiesta después para pasar esta noche con nosotros, los amigos...

Comparte | Comentario | 1285 VOTOS

ENTENDIENDO A LOS RECEPTORES



septiembre 20, 2020

### 2º PROGRAMA - PASTILLA DEL DÍA DESPUÉS, ANTICONCEPTIVOS Y SEXUALIDAD NO HETERONORMATIVA

Comparte | Comentario



septiembre 20, 2020

### 3º PROGRAMA - INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Comparte | Comentario



septiembre 20, 2020

### 5º PROGRAMA - MALAS EXPERIENCIAS

Comparte | Comentario



septiembre 20, 2020

### 4º PROGRAMA - DROGAS Y SEXO

Comparte | Comentario

ENTENDIENDO ARTÍCULOS

Los programas de Radio Placeres se pueden encontrar en su Espacio web: <https://radioplaceres.blogspot.com/>

También pueden escucharse a través de su cuenta de Ivoox: [https://www.ivoox.com/podcast-placeres-radio\\_sq\\_f1913185\\_1.html](https://www.ivoox.com/podcast-placeres-radio_sq_f1913185_1.html)

Otros datos de contacto:

Email: [placeresradio@gmail.com](mailto:placeresradio@gmail.com)

Instagram: [@radioplaceres](https://www.instagram.com/radioplaceres)

Twitter: [@placeres\\_radio](https://twitter.com/placeres_radio)

# ENTRE LA CONFIANZA Y LA VIOLENCIA: AMBIVALENCIAS EN LAS SEXUALIDADES JUVENILES

Centro  
Reina Sofía  
sobre adolescencia  
y juventud

fad

 Santander

*Telefonica*