

## El asesoramiento anticonceptivo a las mujeres con discapacidad

Anticoncepción en Andalucía (2011) es una amplia investigación cualitativa, realizada a iniciativa y con financiación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía durante 2009 y 2010. La investigación consistió, por un lado, en revisar los datos, las investigaciones y las políticas públicas más recientes llevadas a cabo en diferentes países de nuestro entorno. Por otro lado, la parte empírica, incluye la consulta, a través de entrevistas en profundidad, grupos de discusión y reuniones de grupo, a diferentes colectivos: personal sanitario, chicas y chicos menores de 21 y personas adultas con y sin discapacidad<sup>1</sup>.

Tradicionalmente las mujeres con discapacidad fueron vistas como seres asexuados quedando fuera de los programas de investigación y de difusión de información, de los reconocimientos ginecológicos y del asesoramiento en materia anticonceptiva. Sin embargo, desde la Organización Mundial de la Salud, se insiste en que los criterios médicos de elegibilidad traten el uso de anticonceptivos en personas con discapacidad, dado que pueden requerir consideraciones específicas<sup>2</sup>.

Hoy sabemos del derecho de todas y todos a disfrutar de la sexualidad y comienzan a darse pasos importantes para garantizar ese derecho. Muestra de ello son: la reciente puesta en marcha de una consulta ginecológica accesible en cada una de las provincias andaluzas, la aprobación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (marzo de 2010) y el interés de la Consejería de Salud por este colectivo al requerir investigaciones que les presten especial atención. Los resultados de esta nueva investigación ponen de manifiesto, entre otras mu-

1. Gómez Bueno, Carmuca (dir) HélèneBretin, Rocío Puente Navas et al. (2011), Anticoncepción en Andalucía. I- Representaciones, discursos y prácticas profesionales y II- Representaciones, discursos y prácticas de adolescentes y adultas, con y sin discapacidad, Consejería de Salud, Sevilla.Consultar en:

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csah/galerias/documentos/p\\_4\\_p\\_3\\_prevenccion/ANTICONCEPCION\\_ANDALUCIA\\_1.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csah/galerias/documentos/p_4_p_3_prevenccion/ANTICONCEPCION_ANDALUCIA_1.pdf)

[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csah/galerias/documentos/p\\_4\\_p\\_3\\_prevenccion/ANTICONCEPCION\\_ANDALUCIA\\_2.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csah/galerias/documentos/p_4_p_3_prevenccion/ANTICONCEPCION_ANDALUCIA_2.pdf)

2. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, United Nations Population Fund (UNFPA), Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities, WHO/UNFPA guidance note. 2009.





chas cuestiones, la situación de la atención a la salud sexual y reproductiva que se dispensa a las mujeres con discapacidad en nuestra comunidad autónoma. Tratándose de un servicio público de calidad orientado a la población general, encontramos que las recomendaciones anticonceptivas que se aportan a las mujeres con discapacidad suelen ser demasiado generales; poco adaptadas. Varias razones explican esta situación:

1) Si la accesibilidad a los centros sanitarios es reducida, a las personas con discapacidad les resulta difícil acudir, y, el poco contacto con el personal sanitario contribuye a que éstas personas no estén al tanto de sus necesidades.

2) Cuando una mujer con discapacidad acude a la consulta de atención primaria, es frecuente la atención se centre en la discapacidad, olvidando la visión global de la persona y sus posibles necesidades reproductivas<sup>1</sup>. A ello contribuye la hegemonía del modelo médico tradicional de la discapacidad que centra su atención en el déficit, al entender que el problema está en la persona y la solución en la rehabilitación. Frente a éste, el modelo social de la discapacidad centra su interés en el entorno discapacitante, así el problema estará en el entorno no accesible y la solución en el diseño de políticas sociales coherentes con la concepción de la persona con discapacidad como persona de pleno derecho<sup>3</sup>. A ello contribuye la hegemonía del modelo médico tradicional de la discapacidad que centra su atención en el déficit, al entender que el problema está en la persona y la solución en la rehabilitación. Frente a éste, el modelo social de la discapacidad centra su interés en el entorno discapacitante, así el problema estará en el entorno no accesible y la solución en el diseño de políticas sociales coherentes con la concepción de la persona con discapacidad como persona de pleno derecho<sup>4</sup>.

3) Desde que desaparecieron los centros de planificación familiar y se delegó este servicio en el personal médico de atención primaria, algunas mujeres no saben ni quién presta este servicio ni dónde.

3. Irigoyen, J. La reinención de los pacientes. *Salud 2000*, 2007;113:20-5.

4. Arnau Ripollés, M.S. Sexualidad(es) y discapacidad(es): la igualdad diferente, Ponencia presentada en la UIMP, Santander, 2004.



4) Tampoco se ha promocionado la actualización de conocimientos ni el aprendizaje de habilidades clínicas (colocación de DIUs, implantes...) hacia las y los facultativos pero se ha aumentado su carga de trabajo, lo que dificulta el reciclaje constante que se les exige.

5) La Ley del medicamento excluyó la financiación de los anticonceptivos de 3ª generación; como no se recetan, no se consulta sobre ellos.

Además de esas barreras organizativas consideramos, con González Moya (2010)<sup>5</sup>, otros tres bloques de barreras: barreras de concienciación, barreras de accesibilidad y barreras de comunicación que dificultan un asesoramiento anticonceptivo adaptado.

Las **barreras de concienciación** son el fundamento del resto de barreras. Si hubiera conciencia colectiva, no habría barreras arquitectónicas ni barreras de comunicación. Todo el entorno estaría adaptado pero, como no existe esa conciencia colectiva, existen las demás barreras. Barreras que se fundamentan en: los miedos de la gente; las generalizaciones; las actitudes negativas de algunos profesionales (propiciadas por la percepción errónea de que la exploración resultará tremendamente complicada, larga o tediosa)...Está claro: "las actitudes negativas y las barreras sociales son, con frecuencia, más discapacitantes que las propias discapacidades" (WHO, 2009:19).

Las **barreras de accesibilidad** afectan especialmente a las personas con discapacidad física. Se pueden diferenciar barreras: de acceso a la consulta: desde el transporte para llegar a las clínicas hasta las rampas de acceso, la ubicación y tamaño de las salas, los ascensores, servicios, despachos ... Y, de acceso a las plataformas de exploración: mesas de exploración rígidas o móviles, altura del mamógrafo, básculas adaptadas...<sup>6</sup>

5. González Moya, Cristina (2010), El escalón de cristal, Dauro, Granada.

6. [http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/sexualidad\\_personas\\_necesidades\\_diferentes.html](http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/sexualidad_personas_necesidades_diferentes.html)



Las **barreras de comunicación** afectan especialmente a las personas con discapacidad sensorial. Estas tienen la misma sexualidad que la mayoría pero con una fuerte barrera de comunicación; con frecuencia dependen de terceras personas que les expliquen. Internet supone un avance pero requiere además de habilidades de lecto-escritura (el 75% del colectivo tienen estudios primarios o menos)<sup>7</sup>, que los ordenadores y la información estén adaptados. Las personas con discapacidad visual tienen otros sentidos con los que reconocer, sentir, apreciar, sin embargo, precisan que la información esté adaptada a sus capacidades (en audio tendrá mayor alcance que si se edita en Braille). Sólo en casos concretos puede que la alteración que causó la ceguera, provoque problemas sexuales específicos. Mientras que las personas con discapacidad auditiva, constituyen el colectivo más desconocido y olvidado: como su discapacidad no es visible y no hacen ruido, nadie se acuerda de ellas, y, en ocasiones, viven muy aisladas y muy poco informadas. La comunicación sobre sexualidad es especialmente difícil para las sordas porque la lengua de signos (LS) utiliza formas concretas y precisas, sin circunloquios. La opción de pasarles la información por escrito no garantiza el acceso. Este colectivo reclama información clara y directa en lengua de signos o en imágenes (“visual, tiene que ser muy visual”), para que llegue a la mayoría. Resumiendo, las barreras comunicativas se concretan en: ausencia de materiales con letras grandes, lenguaje sencillo, dibujos, imágenes, CDs en audio y en lengua de signos. Faltan también altavoces, intérpretes de LS y subtítulos.

Las personas con discapacidades orgánicas (con enfermedades crónicas) suelen llevar asociada una medicación específica prolongada. Las interacciones medicamentosas son uno de los principales temas a considerar con esta población. Además, reclaman atención e información respecto a los posibles efectos de la medicación sobre la libido.

De forma muy resumida, las recomendaciones anticonceptivas adaptadas a las mujeres con discapacidad física, sensorial u orgánica, tendrán en cuenta: las posibilidades de comunicación ante personas con discapacidad sensorial; la calidad de la circulación sanguínea, el grado de sensación fí-

7. INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008.



sica, la sensibilidad pélvica, la destreza manual y el control de la higiene menstrual de personas con discapacidad física y las posibles interacciones medicamentosas y sus potenciales efectos sobre la libido, especialmente en las personas con discapacidad orgánica. Además, el asesoramiento clínico se adaptará a las situaciones de cada usuaria, evitando juicios morales y actitudes paternalistas que contribuyen a la infantilización y limitan la autonomía personal.

Las líneas de actuación que se deducen de ésta investigación incluyen además del trabajo de concienciación (desmontando prejuicios), la formación de las y los profesionales sanitarios en: estrategias para evaluar la función sexual actual, la forma en que la discapacidad influye en la expresión sexual, las necesidades y usos anticonceptivos y la posibilidad de ser víctima de abusos sexuales. Garantizar el acceso a la información y a los diferentes métodos, promocionando el empoderamiento de las mujeres con discapacidad, es el reto.

**Carmuca Gómez Bueno y Rocío Puente Navas**