

ENTREVISTA A ELVIRA MÉNDEZ

Tdp

Elvira Méndez es médica, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Ha sido Profesora de Ciencias Políticas de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Como especialista en Salud Pública, ha sido Colaboradora técnica del Servicio de Prevención y Control del Cáncer del Institut Català d'Oncologia y Colaboradora técnica del Programa CRONICAT del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Ha sido Subdirectora de Programas y Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Desde 1991 es directora general de la Asociación Salud y Familia¹.

TEMAS DE PSICOANÁLISIS ha entrevistado a Elvira Méndez para conocer su opinión acerca de diferentes aspectos relativos a la Transculturalidad.

TEMAS DE PSICOANÁLISIS.- Explícanos en pocas palabras cuáles son los objetivos y la misión de la Asociación Salud y Familia.

Elvira Méndez.- La Asociación Salud y Familia ha tenido desde su fundación una misión y unos objetivos muy claros: atender a familias y personas vulnerables para mejorar su acceso a los bienes públicos prioritarios: a la asistencia sanitaria, especialmente la planificación familiar; a la atención social, especialmente a la información y al manejo de los derechos civiles; y a todo lo que tenga que ver con las condiciones de asentamiento y habitabilidad de estas familias.

Se puede atender a las familias vulnerables desde un punto de vista caritativo, y es

¹ www.saludyfamilia.es

muy respetable, pero no nos basamos en ello sino en principios de equidad social y de imparcialidad. Equidad social implica un trato diferente a personas que están en una situación diferente, no para discriminarlas, sino justamente para que puedan conseguir resultados y oportunidades parecidas a las de los demás. Por tanto, tratar diferente quiere decir darles atención para que salgan de su vulnerabilidad. Y eso es aplicar el principio equitativo. El principio de imparcialidad es muy importante porque significa ayudar a personas de cualquier origen, orientación o creencia. Por ejemplo, son conocidos determinados movimientos caritativos que ayudan solamente a personas de la propia religión. La imparcialidad es otra historia, es ayudar a las personas, lo cual implica aceptar plenamente la diversidad de opiniones, de orígenes, de creencias, y unirlo a la aplicación del principio de equidad. Así es como lo hacemos nosotros.

Tenemos tres grandes vías de respuestas, de estrategia. La primera, prestar servicios que sean muy accesibles, que la gente no tenga que esperar, dedicar tiempo, etc., puesto que esta es una forma habitual que se utiliza para evitar el acceso a los servicios. Por tanto, tenemos una cartera de prestaciones cuya efectividad está contrastada y son muy resolutivas. Por ejemplo, la contracepción de larga duración gratuita, última tecnología, no otra, porque esta es la que está contrastada y es totalmente efectiva y resolutiva. Otro ejemplo de ese enfoque resolutivo y efectivo, que cuidamos mucho en todos los programas, es ofrecer información clave sobre ayudas públicas a familias. Tiene que estar completamente actualizada porque las administraciones, justamente para reducir el acceso a las ayudas públicas, van cambiando los criterios. Por tanto, hay que revisarlo cada tres meses. Asimismo, para que las ayudas sean efectivas y resolutivas tienes que conocer las ventanas de oportunidad de la población a la que vas a prestar ayuda –no solo el *kronos* sino el *kairos*–, es decir, los momentos de máxima receptividad en el ciclo vital de estas poblaciones. Esto se cuida muy especialmente. Las prestaciones también van dedicadas a proteger que no haya marcha atrás en la pérdida de activos de estas familias, entendiendo por activos no solo los activos monetarios sino los activos de capital social, de relaciones, etc. Y en la medida de lo posible, abrir nuevas rutas. Todo ello respecto a la línea asistencial de la Asociación.

Otra línea de trabajo complementaria es la línea de la abogacía e incidencia sobre

políticas públicas, que tienen relación con las familias vulnerables y con exclusión social. Esa abogacía la ejercemos poniendo blanco sobre negro las necesidades de estas familias, los derechos –en muchos casos derechos civiles– que no se están respetando. Y yendo más allá, indicando qué tipo de inversiones públicas, no solo monetarias sino de enfoque de política aplicada, deben hacerse con estas familias. Ejemplo de ello es nuestro reciente informe sobre la maternidad en la adolescencia y su impacto intergeneracional². Nos esforzamos –y lo conseguimos frecuentemente– en que los gobiernos tengan sobre la mesa el informe de política pública sobre lo que están haciendo. No se trata de un informe solo de crítica, sino de impacto, en ocasiones también de impactos positivos. Puede darse el caso de medidas que tengan un impacto combinado.

La tercera es el trabajo a favor de la cohesión social. Nosotros hemos concretado ese concepto tan abstracto a través de un programa –que funciona estupendamente en Catalunya y en Barcelona, ciudad líder del mismo hasta el momento– que es la red de los *bancos del tiempo*, un sistema gratuito de intercambio de servicios y relaciones. Tenemos también programas comunitarios de territorio en zonas castigadas de la ciudad de Barcelona como el barrio del Raval, basados en la innovación y que trabajan por la convivencia y la cohesión en las relaciones ciudadanas. Así como programas de fomento de la ciudadanía activa –bastante excepcional, no solo en Catalunya sino también en toda España–. Este sería el mapa de las tres grandes líneas de acción de Salud y Familia.

TdP.- ¿A qué colectivos específicos va dirigida vuestra intervención?

E. Méndez.- Nosotros nos dirigimos a familias de todos los orígenes, pero la sociedad funciona y se expresa de determinadas formas que son bastante comunes a todas las culturas. Cuando una familia está en una situación de vulnerabilidad quien ejerce de portadora y quien expresa la demanda de la familia acostumbra a ser en la inmensa mayoría de los casos la mujer. No suelen ser los hombres. Este es un rol de género bastante

² Está discutiéndose estos días en el Congreso de los Diputados la proposición de ley que restringe el acceso a la interrupción legal del embarazo a las adolescentes.

transcultural: aun cuando nuestros colectivos diana son las familias, trabajamos fundamentalmente con mujeres porque son quienes expresan la demanda. En el caso de colectivos jóvenes trabajamos con mujeres jóvenes; no tratamos a niños salvo en un programa de lucha contra la pobreza en que damos ayudas directas. Respecto al ciclo de vida, es también interesante resaltar que trabajamos con familias que se concentran en la fase activa y fértil, básicamente con gente joven hasta prácticamente los cincuenta años. Trabajamos poquísimo con personas de más de sesenta años, no porque estemos cerrados sino porque nos dedicamos a personas que van a formar familia, de todos los orígenes y de todas las culturas, o que tienen niños a su cargo. No cerramos la puerta a otro tipo de familias, pero nuestro público diana es este.

TdP.- En 2010 publicasteis un estudio muy ilustrativo sobre cómo era percibida y tolerada la violencia de pareja en mujeres inmigrantes pertenecientes a diferentes comunidades. Más allá de las especificidades de cada una de éstas, nos llamó la atención la coincidencia en todos los grupos sobre que unos de los motivos para ejercer la violencia es el controlar las conductas femeninas que se desvían de las normas culturales, a juicio del agresor. ¿Qué podrías decirnos al respecto?

E. Méndez.- No es nada nuevo decir que estamos viviendo un proceso de cambios aceleradísimos en todas las sociedades y que estos cambios obviamente nos impactan a todos, también a las personas que tenemos una vida sedentaria –entendiendo por ello que no estamos inmigrando transnacionalmente—. Para las personas que vivimos *in situ*, en un territorio, mantener creencias, identidades fijas, estables y coherentes es cada vez más difícil, todo cambia alrededor e incluso las estructuras más rígidas de alguna forma han de adaptarse. Podemos imaginar, pues, lo que ocurre en los y las inmigrantes, cómo este cambio acelerado somete a presión sus creencias, porque vienen de sociedades que en algunos casos no han completado los procesos de modernización, no solo económicos sino sociales de todo tipo. Por tanto, todavía se sienten más desafiados e impresionados por esta aceleración social. ¿Por qué explico esto? Porque en realidad la violencia del tipo que

sea intenta restablecer el dominio y la continuidad de la creencia. Cualquier tipo de pareja, intenta volver a una zona de seguridad: “yo soy el que quiero ser”. Además, “puedo controlar que las personas sean quienes yo quiero que sean, que no esté cambiando todo continuamente a mi alrededor”. Creo que este concepto es muy importante para entender por qué la violencia de pareja contra las mujeres inmigrantes es realmente una epidemia, la principal fuente de victimización social, con todas sus consecuencias en cuanto a salud y relaciones. Esto se encuentra en nuestra publicación y en multitud de estudios similares, ya que la violencia de pareja se da en todas las comunidades.

TdP.- ¿Quieres decir con eso que detrás de la conducta violenta hay un miedo a la pérdida de identidad?

E. Méndez.- Evidentemente, en todas las culturas, incluida la nuestra. Las relaciones de pareja tienen aspectos transculturales: contemplan expectativas y engloban grados de cooperación económica, de actividad sexual y de atención a los menores y a los ascendientes; es decir, representan un grado de compromiso social de los más elevados. Todo el mundo se juega mucho en una relación de pareja, mujeres y hombres. Por tanto, en las relaciones de pareja de cualquier origen se intenta mantener esa zona de seguridad cultural a la que antes me he referido. Tampoco nosotros estamos exentos de ello.

Las relaciones de género son nucleares, están en el centro de las identidades en todas las culturas, entendiéndolo por el conjunto de normas no escritas que todos respiramos. Pensemos que incluso en nuestra cultura, que ha pasado por un proceso de modernización, está naturalizado algo que es cultural: muchas mujeres tienen la creencia de que ocupar un rol subordinado respecto al varón es natural –las normas de cortesía serían compensatorias de esta subordinación–. Esa posición de subordinación se incrementa mucho más en otras culturas, por la condición de ser inmigrante, es decir, son dos maletas las que acarrear. Ser inmigrante significa pasar por muchas dificultades económicas, legales, sociales, no solo culturales, que durante un tiempo, corto o largo, inferiorizan y aíslan a estas personas. Esas condiciones actúan sobre ambos miembros de

la pareja, que a la vez están en una *situación transcultural*, que significa: vivir a través de las fronteras, vivir en una cultura intentando en un principio “trasplantarse”, trasplantar las formas de relación y las estructuras de las sociedades originales a las sociedades de acogida o asentamiento. Esa es una forma de *transculturalidad*.

Lo que ocurre es que este intento no es exitoso, entre otras cosas, porque las sociedades de acogida o asentamiento son totalmente porosas y por tanto están recibiendo influencias por todos los sitios, que hacen cambiar a los inmigrantes y que nos hacen a la vez cambiar a nosotros. Ese es un contexto muy interesante estudiado académicamente, pero que produce un gran estrés a las personas que están en este proceso de adaptación. Este gran estrés impacta directamente sobre los roles de género, incrementando la vulnerabilidad sobre las mujeres, lo que se utiliza para recrudecer el maltrato y la agresión por parte de los varones. A su vez, esta agresión y esta violencia, a modo de círculo vicioso, agrava la vulnerabilidad de las mujeres y también, por extensión, de toda la familia, incluido el agresor.

TdP.- ¿Existen factores culturales específicos que aumenten la vulnerabilidad de los diferentes colectivos de mujeres inmigrantes?

E. Méndez.- Por supuesto que hay diferencias, en función de la cultura de origen y del tiempo en que estas personas se han socializado en su propia cultura, puesto que no todos los inmigrantes han vivido los mismos años en sus países de origen. Al contrario, cada vez tenemos una inmigración internacional más circular, que pasa por diferentes países. No podemos tener una visión homogénea, en el sentido de que todos los nacidos en determinado país tienen la misma dotación cultural. Pero sí podemos establecer unas ciertas diferencias en cuanto a los roles de género y la violencia. Existen culturas en las que la reducción del abanico de opciones vitales para las mujeres y la subordinación a la pareja es una regla cultural predominante; este factor se suma al aislamiento y también a la dificultad de acoplarse a los cambios acelerados a los que estas mujeres se ven sometidas. El reconocimiento de las mujeres como personas, bajísimo en algunas culturas, es el punto

clave. Hay mujeres que no están sufriendo violencia física, ni incluso psicológica, pero no toman decisiones, son las últimas en el reparto de cualquier distribución de bienes, incluidos los alimentos –las mujeres son las últimas en comer cuando hay dificultades alimentarias–, si alguna vez se les consulta una decisión es una consulta prácticamente decorativa porque ya la decisión está tomada, etc. Todos ellos son indicadores de una falta de reconocimiento casi absoluta. Cuando las mujeres proceden de culturas de estas características, las posibilidades de que sean victimizadas son muy altas, simplemente supone un escalón más.

Tdp.- ¿Crees que la conciencia de las mujeres de compartir este tipo de creencias incide en que no sean conscientes de su vulnerabilidad, ni de ser inferiorizadas y agredidas?

E. Méndez.- Por supuesto, esto es muy importante. Esta falta de reconocimiento está naturalizada ya que las propias mujeres no distinguen que es algo construido por seres humanos, que es cultural; ellas creen que el mundo es así. Cuando empiezan a tener conciencia de que esto no es natural a través del contacto con otras mujeres y otras culturas, han pasado por un proceso muy penoso para ver de qué forma se enfrentan al maltrato. En algunas culturas, las mujeres son portadoras de identidades basadas en el parentesco. Dicen: “yo soy esposa de, hija de”... Tampoco nosotros lo tenemos tan lejano, solo dos generaciones atrás. Por otra parte existe un efecto inhibitorio de la búsqueda de ayuda, incluso cuando ya empiezan a darse cuenta de que el maltrato no es natural. Si piensan en una denuncia son nuevamente victimizadas por todo el sistema familiar, tanto por la familia del agresor como por la familia de la propia mujer.

Hay mujeres que están especialmente en riesgo de no poderse defender de la violencia: aquellas que su trayecto migratorio ha sido vía reagrupación familiar, diferente de aquellas en las que su trayecto migratorio ha sido la búsqueda de trabajo, es decir, por iniciativa propia. Por una cuestión muy clara: si en los dos primeros años las mujeres reagrupadas quieren divorciarse se convierten en inmigrantes irregulares. Son nuestras reglas, las reglas europeas y españolas. Por tanto estas mujeres tienen que aguantar dos

años como mínimo.

Por otro lado, en el tema de la violencia hay que tener muy presente el efecto paralizador del miedo. Soportan el maltrato porque no es lo peor que les puede pasar en sus vidas –aunque suene así de terrible–. Es más importante el miedo al abandono, a la pobreza crónica, a que les quiten los hijos... Pues este tipo de amenazas se cumplen en muchos casos. A menudo pueden ser ridiculizadas y humilladas en sus círculos sociales o familiares y sufren por ello, pero a otro nivel creen que la violencia forma parte de sus vidas. No pueden contemplar que esa no es la única forma de relacionarse hombres y mujeres, por ello es tan importante que salgan del aislamiento. Por otra parte, las mujeres victimizadas desarrollan un montón de estrategias en la vida diaria para tratar de limitar la violencia. Todas las mujeres maltratadas, en todo el mundo, intentan estrategias en la vida diaria para reducir su exposición a la violencia y para sobrevivir. Tratan de no provocar, de no favorecer episodios violentos, por ejemplo, buscando personas “escudo” en la familia cuando prevén la llegada del agresor, porque eso les frena en determinadas fases de la escalada violenta, después ya no les frenará nada. El drama es cuando ni siquiera pueden contar con eso, o cuando ese papel lo desempeñan los hijos. Hasta hace poco este aspecto no era valorado por los profesionales, que recomendaban separarse y denunciar. Pero cada vez más se está trabajando en la línea de respetar mucho estas estrategias, a través de procesos de acompañamiento y de toma de conciencia doble, es decir, también el profesional debe valorar hasta donde una mujer determinada puede navegar en su situación.

La violencia de pareja es un auténtico laberinto porque es el punto nuclear por donde se expresan todas las tensiones, no solo personales y familiares –aunque esas sean muy importantes– sino sociales. Algunos teóricos muy reconocidos, como Habermas³, ya habían anunciado un desplazamiento de la violencia pública a la violencia familiar en las sociedades postmodernas.

³ Jürgen Habermas (Dusseldorf, 1929), filósofo y sociólogo, Escuela de Frankfurt.

TdP.- Sabemos que existen múltiples determinantes que dificultan el acceso a los servicios sanitarios de los colectivos inmigrantes, más en unos casos que en otros. ¿Qué condicionantes culturales incidirían en ello? ¿Se podría hacer algo más para facilitar dicho acceso?

E. Méndez.- El acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios tiene que ver con el acceso general de cualquier población a la atención sanitaria. Cuando ese acceso tiene barreras de algún tipo –geográficas, listas de espera, etc.– para cualquiera, las tendrá multiplicadas para la población vulnerable. Cuando en el año 2012 se suspendió la cobertura universal a la atención sanitaria, se suspendió para algunos grupos de la población autóctona, pero sobre todo contra los inmigrantes. No hubo discusión ni debate parlamentario porque fue un real decreto ley del gobierno del Partido Popular⁴. Las cuestiones de acceso afectan sobre todo a los servicios sanitarios, porque el acceso a los servicios sociales es abierto para cualquier inmigrante, incluso los irregulares. La salud es un bien esencial para un ser humano y cuando se carece de este derecho, la percepción es de desamparo casi absoluto. Ya no se te ocurre que puedas pedir ayuda en otro lugar. El efecto que la discriminación produce en cualquier inmigrante se caracteriza como una *falta de acomodación a la sociedad de acogida*: a partir de ese momento se va creando una victimización acumulada, de tal forma que el inmigrante cree que cualquier cosa que le pasa es porque es inmigrante. Tienes que deshacer este aprendizaje, de-construirlo, porque se trata de un aprendizaje anti-integración. Por ejemplo, las multas de tráfico, incluso el hecho de pagar impuestos en inmigrantes de larga duración, a veces se tiene que explicar que todos tenemos que pagarlos, no ellos porque son inmigrantes. Eso da una idea de los efectos a largo plazo de la discriminación: se cierran un montón de rutas que ya no usan porque se sienten victimizados.

. Está demostrado en estudios comparativos con la población autóctona que los inmigrantes tienen una menor frecuentación de los servicios sanitarios, por todo lo comentado anteriormente, pero también porque los horarios son una barrera para el

⁴ Las Comunidades Autónomas no aplicaron todas por igual este decreto. Las que menos restringido tienen el acceso a la cobertura sanitaria universal son Catalunya, Euskadi, Navarra y Andalucía.

acceso a los mismos. Los inmigrantes con éxito son inmigrantes que tienen unos horarios de trabajo muy extensos, aquellos que nosotros no queremos hacer. Esto sucede en toda Europa. Pero además, una cierta desconfianza respecto a ser descubiertos no deja de acompañarles. Cuanto más extrema es la vulnerabilidad, más miedo a mostrarse por temor a ser descubiertos y más miedo a solicitar asistencia. Están informados viralmente por las olas de miedo y de pánico de los propios inmigrantes. Ejemplo de ello lo encontramos en nuestros grupos de apoyo a la maternidad. Una de las primeras actuaciones que hacemos es pedirles que nos digan cómo están de papeles para no darles una información equivocada, pues los consejos que damos a los inmigrantes regulares son diferentes a los que damos a los irregulares. Por más que les explicamos todo eso e insistimos en que no somos la policía, y encontrándose en un contexto de confianza, solo lo dicen en los diez últimos minutos.

Otra cuestión sobre avances que se habían realizado y que con la crisis se han visto frenados, son aquellos que tienen que ver con el tener suficientes mediadores interculturales en los servicios asistenciales. La mayoría de los que hay en los centros sanitarios de Barcelona ciudad son precisamente de Salud y Familia. Y no solo se han limitado en número sino también las expectativas respecto a su rol: se utilizan sus servicios para problemas idiomáticos importantes, o cuando existe algún conflicto, pero la visión más amplia del mediador cultural se ha reducido. En la práctica lo vemos por los informes. El clima actual en los servicios sanitarios no es a favor de la diversidad ni a favor de ningún cambio, como tampoco lo es en los servicios educativos. No hay acomodación ni posibilidad de afrontar socialmente la diversidad de nuestra sociedad sin un proceso de acomodación bilateral. Los inmigrantes cambian, pero nosotros tenemos que cambiar nuestras instituciones. Y en este momento este proceso está prácticamente paralizado. No quiere decir que no se pueda volver a retomar. Este es uno de los efectos cualitativos de la crisis: la paralización –esperemos que temporal– de estos procesos dinámicos que existían en algunos hospitales y centros sanitarios de la ciudad de Barcelona.

TdP.- ¿Esta paralización se da solo por los recortes económicos o tiene que ver también

con un cambio de mentalidad debido a la victimización de la sociedad de acogida?

E. Méndez.- Esta paralización se produce por múltiples factores. Los recortes económicos están provocando que muchos profesionales que trabajan en servicios sanitarios, sociales o educativos se sientan victimizados. Y a veces esta percepción no tiene una traducción sana. En lugar de: “mientras yo siga trabajando voy a seguir haciendo mi trabajo, aunque no me lo pida la institución, porque este es mi rol en la sociedad, mi dignidad”. Al contrario, se está haciendo un enfoque de la dignidad mucho más basado en los recortes: “como me recortan, yo no tengo por qué dar más, no tengo que comprometerme en ningún proceso de cambio”. Esta no es una respuesta general pero sí mayoritaria.

TdP.- En relación a la salud mental de los menores, más allá de los ya conocidos, como crecer en familias desestructuradas, patología mental en los padres, etc., ¿podríamos hablar de factores de riesgo en la infancia que entrarían en sinergia con determinados condicionantes culturales?

E. Méndez.- Hay dos grupos diana que reúnen todos los factores de riesgo. Un grupo de altísimo riesgo son los jóvenes adolescentes o preadolescentes, de 11 a 18 años, que vienen por reagrupación familiar. Estos niños tienen muchas más posibilidades de aislamiento porque la reagrupación tiene unas condiciones durísimas, de acuerdo con las leyes europeas, que solo pueden cumplir padres que tienen horarios de trabajo exhaustivos. Son edades en que se producen muchas reagrupaciones de menores porque coincide con que la familia ya ha conseguido mantener un trabajo, tener un dinero y además está el reto de que aquí el joven va a tener más oportunidades, mejores estudios, etc.

TdP- Y porque además legalmente a los 18 años se acaba la posibilidad de reagrupamiento de forma muy rígida.

E. Méndez.- Efectivamente. Otro grupo de altísimo riesgo es el de esposas solas o con niños muy pequeños que proviene también de reagrupación familiar y que se produce más en comunidades de religión musulmana, procedentes del Magreb o del Pakistán. Es un grupo de altísimo riesgo porque estas mujeres no hablan la lengua, están aisladas totalmente. Caen en una situación de depresión total, de confusión. Atienden a sus niños, pero de una forma mecánica, porque el marido está trabajando todo el día.

Son dos grupos para los que se pueden diseñar respuestas compensatorias. En el caso de reagrupación familiar de adolescentes y preadolescentes hay Ayuntamientos que han hecho un esfuerzo, entre ellos el de Barcelona. Aquí se han realizado programas que dan cabida, si no a toda, sí a una parte de la población con esta problemática. Existe una experiencia piloto del distrito de Horta-Guinardó ya evaluada y que puede replicarse.

Y la otra en el tema de la reagrupación familiar de esposas que no van a poder trabajar durante los primeros años. Aquí también habría alternativas: podrían crearse espacios de atención a las madres y a los niños, que fueran dos o tres horas al día y que permitieran socializarse entre madres. Respuestas que compensen el daño en las condiciones básicas para cuidar y ser cuidados. Son personas que no pueden cuidar de sí mismas porque no pueden ni siquiera recuperarse ni física ni psíquicamente. Mientras no se desarrollen estrategias preventivas se seguirá generando una patología mental muy severa, transgeneracional, que daña personal y socialmente. Si los nuevos aportes demográficos están enfermando con estas fragilidades, estamos jugándonos la sociedad entera del futuro, no solo la salud de estos grupos sociales.

TdP.- En relación a la maternidad adolescente, ¿existen factores comunes en las diferentes culturas como, por ejemplo, las ansiedades de la menor ante un embarazo no deseado?

E. Méndez.- En la familia musulmana la maternidad adolescente, entendida como maternidad *monomarental*, prácticamente no existe; para bien o para mal, la familia musulmana es muy inclusiva. Lo que sí puede darse es el matrimonio precoz, que es otro

tema. La *monomarentalidad* la encontraremos más a menudo en chicas de origen catalán y español de familias en situación de exclusión social y, sobre todo, en las mujeres latinas, porque en cierta manera lo consideran algo natural. La maternidad adolescente está totalmente vinculada al fracaso en el proceso de inclusión de las adolescentes y se da mucho más a menudo en adolescentes que han sido reagrupadas con posterioridad a los 10 años. La maternidad es una de las salidas a esta situación de falta de integración. Se embarazan porque fracasan escolarmente, o quizá el fracaso escolar es ya una señal de inadaptación a la escuela. El embarazo es una huida hacia adelante, con la esperanza de tener una vida diferente. En este sentido respondo afirmativamente a vuestra pregunta: el buscar una identidad rápida a través de la maternidad es un aspecto común a diferentes culturas. Se corrobora que estas madres adolescentes sin una pareja formada, tienen un proyecto que es antiguo incluso para sus propias culturas: que la maternidad les proporcione una identidad plena que haga innecesario el esfuerzo para construirse otras identidades, vía trabajo o vía estudios. Por tanto, esta fuga hacia adelante implica que estas chicas, las más vulnerables –que saben que el aborto es legal–, no acceden a éste. La maternidad adolescente supone la búsqueda de una identidad plena, ilusoria, para evitar el esfuerzo por construirse otras identidades múltiples o complementarias.

El período en que están embarazadas es un período de relativa tranquilidad, el *shock* brutal es cuando aparece el niño real. La imposibilidad de la maternidad soñada y las dificultades extremas de la crianza a que se ven confrontadas, hace que muchas de estas chicas acepten entonces los métodos anticonceptivos, por pánico a que se repita. Otra cosa es retomar los estudios, que resulta mucho más difícil cuando no imposible. Y otro efecto es el deseo de trabajo inmediato, pero ¿qué trabajo? Hay que convencerlas de que están en la etapa de formarse. Tanto las chicas como los chicos necesitan respuestas parecidas a la llamada *garantía juvenil*, para que pueda haber trayectos combinados de trabajo y formación profesional y para mostrar a los jóvenes que existen segundas oportunidades de verdad. Estas situaciones representan un riesgo para ellas mismas y para los niños, por lo cual nos jugamos el futuro como sociedad si no diseñamos y ponemos en marcha rápidamente programas efectivos de garantía juvenil.