



Salud sexual y reproductiva en la población joven femenina en referencia a los tratamientos anticonceptivos de tipo hormonal

Sexual and Reproductive Health in the Young Female Population Reference to Hormonal Contraceptive Treatments

Carmen Piqueras Arce y Emilia Iglesias Ortuño

Universidad de Murcia (España)

Resumen: El objetivo de este trabajo de corte exploratorio consiste en la identificación de la incidencia de situaciones de experiencias negativas o desagradables en los procesos reproductivos de mujeres adultas jóvenes menores de 25 años durante sus consultas gineco-obstetras. Para ello, tras una introducción y planteamiento del problema, se incluye un breve análisis teórico de conceptos relacionados con la salud sexual y reproductiva. A continuación, se trata la metodología de investigación, de carácter cualitativo, estableciéndose una serie de objetivos y categorías de análisis para la posterior realización del instrumento. De esta forma, se han realizado entrevistas semiestructuradas de manera individual y anónima a seis participantes que cumplen con el perfil de no haber pasado por partos ni procesos de embarazo y haber estado bajo tratamientos de métodos anticonceptivos de tipo hormonal en algún momento durante los últimos cinco años. Así pues, se han estudiado una serie de categorías de análisis extraídas en base a los objetivos específicos planteados conforme a la literatura referenciada, referidos al abuso o desequilibrio de poder, el trato deshumanizado y los sesgos de información por parte del sistema sanitario durante los procesos sexuales y reproductivos. Finalmente, se concluye que efectivamente existen experiencias desagradables entre las participantes durante estos procedimientos, a lo que se plantean una serie de conclusiones e implicaciones como apartado final de la investigación.

Palabras clave: Salud Reproductiva, Bienestar, Anticoncepción, Autonomía del paciente.

Abstract: The aim of this exploratory study is to identify the incidence of negative or unpleasant experiences in the reproductive processes of young adult women under 25 years of age during their consultations with obstetrician-gynecologists. For this purpose, after an introduction and statement of the problem, a brief theoretical analysis of concepts related to sexual and reproductive health is included. This is followed by the qualitative research methodology, establishing a series of objectives and categories of analysis for the subsequent implementation of the instrument. In this way, semi-structured interviews were conducted individually and anonymously with six participants who met the profile of not having given birth or been pregnant and having been treated with hormonal contraceptive methods at some point in the last five years. Thus, a series of categories of analysis were studied based on the specific objectives set out in accordance with the referenced literature, referring to the abuse or imbalance of power, dehumanized treatment, and information biases on the part of the health system during sexual and reproductive processes. Finally, it is concluded that there are indeed unpleasant experiences among the participants during these procedures, to which a series of conclusions and implications are put forward as a final section of the research.

Keywords: Reproductive Health, Wellbeing, Contraception, Patient Autonomy.

Recibido: 13/11/2023 Revisado: 01/12/2023 Aceptado: 12/12/2023 Publicado: 20/01/2024

Referencia normalizada: Piqueras Arce, C. e Iglesias Ortuño, E. (2024). Salud sexual y reproductiva en la población joven femenina en referencia a los tratamientos anticonceptivos de tipo hormonal. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 21, 11-34. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2024.0001>

Correspondencia: Emilia Iglesias Ortuño, Facultad de Trabajo Social, Universidad de Murcia (España). Correo electrónico: ea.iglesiasortuno@um.es

1. INTRODUCCIÓN

El derecho de la autonomía del paciente, de recibir un trato digno por parte del profesional sanitario, de poder involucrarse en sus propios procesos médicos y de recibir toda la información acerca de estos son aspectos que se han de tener en cuenta a la hora de estudiar los casos de situaciones negativas en los procesos reproductivos, pues, como se observa más adelante, el personal médico tiene una serie de obligaciones a la hora de desempeñar sus funciones de acompañamiento y asesoramiento en las consultas gineco-obstetras.

Para definir los conceptos de salud sexual y salud reproductiva resulta conveniente acudir a la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En concreto, en el Artículo 2 se define salud sexual como “el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia” (p. 7). A su vez, la salud de tipo reproductivo se encuentra determinada en este mismo artículo como “la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos” (p. 7). En este sentido, Paris y Gracia (2021) señalan que “dentro de la violencia obstétrica existen diferentes formas de ejercerla, tanto física como psicológica, que va desde la falta de consentimiento informado hasta la esterilización y el aborto forzado” (p. 39).

Asimismo, es de relevancia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; en la que en el artículo 2.6. se cita:

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente (p. 5).

A su vez, hay que destacar de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata:

Tabla 1

Referencias a la educación para la salud en la Declaración de Alma Ata

Epígrafe	Cita
La atención primaria de salud y el desarrollo. Aportación de la atención primaria de salud al desarrollo.	Como la atención primaria de salud es la clave para conseguir un grado aceptable de salud para todos, ayudará a las gentes a contribuir a su propia evolución social y económica. Por ello es muy natural que la atención primaria de salud forme parte integrante del desarrollo general de la sociedad.
La atención primaria de salud y el desarrollo. Apoyo de otros sectores a la atención primaria de salud.	Asimismo, el sector docente tiene un importante papel que desempeñar en el desarrollo y el funcionamiento de la atención primaria de salud. La enseñanza comunitaria ayuda a la gente a comprender sus propios problemas sanitarios, sus posibles soluciones y el coste de distintas alternativas. El sistema educativo puede preparar y distribuir literatura instructiva.
Estrategias nacionales y ayuda internacional. Movilización de la opinión pública.	Uno de los principios básicos de la atención primaria de salud es el de la participación de la comunidad en todas las etapas. [...] Es preciso que la población tenga fácil acceso a la información pertinente sobre su situación sanitaria y sobre la forma en que puede contribuir a mejorarla.

Fuente: Elaboración Propia

A raíz de estos datos de la Tabla 1 se pretende plantear una cuestión: la relación entre el abuso indebido, en ciertos casos, de prescripciones de métodos anticonceptivos de tipo hormonal en las consultas de ginecología sin informar sobre los efectos secundarios de estos y la falta de educación sexual y reproductiva en las mujeres que sufren este tipo de situaciones desagradables en sus consultas.

Tabla 2

Normativa específica de referencia en el mundo con relación a la violencia obstétrica

Organización Mundial de la Salud	Declaración de Ginebra “Velar ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes” “Respetar la autonomía y la dignidad de mis pacientes”
	Cuidados en el parto normal. Guía práctica
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo	Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. “Garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos”
Organización Mundial de la Salud	Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

Fuente: Elaboración Propia

En esta Tabla 2 en la que se destaca la normativa de referencia en cuanto a violencia obstétrica a nivel mundial se puede apreciar que tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización de las Naciones Unidas han impulsado el reconocimiento de este fenómeno como problemática a tener en consideración.

Por último, conviene destacar la legislación de referencia a nivel estatal en España:

Tabla 3

Normativa específica de referencia en España con relación a la violencia obstétrica

Constitución Española	Artículo 18
	“Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.”
	Artículo 41
	“Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.”
	Artículo 43
	“Se reconoce el derecho a la protección de la salud.”
Ley General de Sanidad	Artículo 10
	“Respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad.”
Ley reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica	Artículo 2
	“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.”
	Artículo 4
	“Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley.”
Estrategia al parto normal	Sucesivas guías médicas

Fuente: Elaboración Propia

Como se puede apreciar en la Tabla 3, en España no existe una legislación específica de violencia obstétrica, por lo que se analizan una serie de artículos de diferentes normativas referentes a los derechos de los ciudadanos en los procesos médicos.

Tres artículos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, son de especial relevancia en cuanto a la promoción de la salud en términos de educación. Por un lado, en el artículo 3 de dicha ley se dicta que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades” (p. 12). Por otra parte, en el artículo 6, se hace referencia a las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias, estableciéndose que estas se encuentran orientadas tanto a la promoción de la salud como del interés individual, familiar y social a través de la adecuada educación sanitaria de la población (p. 13). Además, entre las actuaciones de las Administraciones Públicas mediante sus Servicios de Salud y los Órganos competentes, en el artículo 18 se destaca la incorporación de actuaciones “para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres” (p. 15).

Siete artículos más deben tenerse en cuenta a la hora de hablar de salud sexual y reproductiva, estos recogidos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo:

Tabla 4

Referencias a la salud sexual y reproductiva en la Ley Orgánica 2/2010

Artículo	Cita
Artículo 5. Objetivos de la actuación de los poderes públicos.	<p>1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán: a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo. b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva. c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regularla fecundidad. d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad. e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva. f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.</p> <p>2. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán: a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales. b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.</p>
Artículo 6. Acciones informativas y de sensibilización.	<p>Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.</p>
Artículo 7. Atención a la salud sexual y reproductiva.	<p>Los servicios públicos de salud garantizarán: a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible. b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. c) La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la provisión de estos servicios, se tendrán en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad. d) La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable.</p>
Artículo 8. Formación de profesionales de la salud.	<p>La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá: a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo. b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo. c) La salud</p>

	sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional. d) En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad.
Artículo 9. Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.	El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a: a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales. b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual. c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes. d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH. e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable. f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.
Artículo 10. Actividades formativas.	Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.
Artículo 11. Elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.	Para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley, el Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, aprobará un Plan que se denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, que contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones sociales. La Estrategia se elaborará con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud y con énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades. La Estrategia tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal que permitan la valoración de resultados y en particular del acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

Fuente: Elaboración Propia

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud también se hace referencia a la promoción de la salud y la educación para ésta en diversos apartados:

Tabla 5

Referencias a la educación para la salud en la Carta de Ottawa

Epígrafe	Cita
Promoción de la salud	La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él.
Desarrollar las habilidades personales	La promoción de la salud apoya el desarrollo individual y colectivo, aportando información, educación para la salud, y potenciando las habilidades para la vida. De este modo, aumentan las opciones disponibles para que la gente ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y para que hagan unas selecciones que conduzcan a la salud.
Desarrollar las habilidades personales	Es esencial capacitar a la población para que aprenda, a lo largo de su vida, a prepararse de cara a todas y cada una de las etapas de la misma, y a afrontar las enfermedades y lesiones crónicas. Esto ha de hacerse posible en los ambientes escolares, hogareños, laborales y comunitarios. Son necesarias acciones mediante los cuerpos educativos, profesionales, comerciales y de voluntariado, y dentro de las propias instituciones.
Reorientar los servicios sanitarios	El papel del sector sanitario debe orientarse cada vez más hacia una promoción de la salud, más allá de su responsabilidad de prestar servicios clínicos y curativos.

Fuente: Elaboración Propia

Siguiendo a Iglesias (2021), “el bienestar durante el proceso reproductivo integra un conjunto diverso de acciones para satisfacer necesidades (médicas, psicológicas, contextuales y de relaciones) acompañadas de la ejecución y disfrute de los derechos médicos, sociales y humanos” (p. 19). A su vez, la autora refiere que “la salud reproductiva, si bien debe reconocerse como elemento individual auto-gestionado, debe complementarse, desarrollarse o ampliarse con el apoyo de las instituciones de salud” (p. 21).

Desde el trabajo social se debe tener en cuenta estas situaciones, pues esta profesión ha de velar por el bienestar sociosanitario de los pacientes. Siguiendo a Idareta e Iturralde (2018) “hace ya más de un siglo que la medicina comenzó a reconocer la importancia del trabajo social en la asistencia sanitaria” (p. 81).

Atendiendo a los resultados de un estudio realizado por Arza y Rodríguez (2019) acerca de la atención socio-sanitaria en comunidades discriminadas como son la gitana, estos autores concluyen que “lo que se demanda es un trato personal, familiar, de tú a tú, que sean vistos como personas, más allá del problema concreto de salud con el que hayan acudido a la consulta (...) En definitiva, la demanda es hacia una humanización de la atención sanitaria.” (p. 73). Esto se podría extrapolar al colectivo de mujeres jóvenes, que en numerosas ocasiones sufren episodios de deshumanización en sus consultas médicas.

Siguiendo a Fernández y Agrela (2021):

Entre el colectivo profesional del Trabajo Social se manifiesta una imperante necesidad por conocer, comprender e incluso manifestar ciertos dilemas aparentemente inexistentes y sin nombres, pero que guardan ciertas dialécticas constantes en el quehacer del Trabajo Social, como por ejemplo la intromisión de las emociones y su limitación en pro de una objetividad pura y racional de intervención. Dilemas que precisan de un análisis de género desde la identidad profesional del Trabajo Social y también la de sus propias/os acompañantes (p. 107).

Según estas autoras, la segunda figura que dialoga con el “ser profesional” del trabajador social la conforma el “ser personal”, relacionado con los modos de pensar y sentir del experto (p. 104).

2. METODOLOGÍA

Este trabajo constituye un estudio exploratorio con base en metodología cualitativa. Según Hernández et. al “los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos. Generalmente determinan tendencias, identifican áreas, ambientes, contextos y situaciones de estudio, relaciones potenciales entre variables” (2014, p. 91). A su vez, estos autores sostienen que “la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (2014, p. 358).

Las entrevistas semiestructuradas se han realizado de manera individual y anónima, con duraciones de entre diez minutos y media hora. Según Hammer y Wildavsky (1990) “la entrevista es semi-estructurada o semi-rígida, en tanto que las preguntas, el modo de enunciarlas, o el seguimiento de los temas pueden variar de acuerdo con el criterio del entrevistador” (p. 23). Asimismo, Folguerias (2016) señala que “las cuestiones se elaboran de forma abierta lo que permite recoger información más rica y con más matices que en la entrevista estructurada” (p. 3).

2.1. Objetivos de Investigación

Objetivo general:

- Identificar la incidencia de situaciones de violencia obstétrica en las experiencias reproductivas de mujeres adultas jóvenes menores de 25 años durante sus consultas gineco-obstetras.

Objetivos específicos:

- Señalar en el discurso de mujeres adultas jóvenes menores de 25 años acciones de abuso de poder o desequilibrio de poder percibidas durante sus consultas gineco-obstetras.
- Determinar en el discurso de mujeres adultas jóvenes menores de 25 años acciones de trato deshumanizado percibidas durante sus consultas gineco-obstetras.
- Destacar en el discurso de mujeres adultas jóvenes menores de 25 años acciones de sesgos de información para la toma de decisiones percibidas durante sus consultas gineco-obstetras.

2. 2. Construcción y validez del instrumento

Partiendo de los objetivos planteados y con base en la literatura referenciada, se han establecido una serie de categorías de análisis de interés para la consecución de los objetivos planteados, a través de las cuales se ha elaborado el siguiente guion de conceptos que compondrá el instrumento para dinamizar la entrevista semiestructurada.

Tabla 6*Objetivos, categorías de análisis, elementos del estudio y elementos del instrumento*

Objetivos específicos	Categorías de análisis	Elementos del instrumento
Identificar en el discurso de mujeres adultas jóvenes menores de 25 años acciones de abuso de poder o desequilibrio de poder percibidas durante sus consultas gineco-obstetras.	Autoridad	Valoración del acompañamiento médico en los procesos reproductivos.
	Juicio	Sensación de comodidad con las opiniones o valoraciones respecto de la situación o tratamiento.
	Control	Libertad y autonomía para la elección del método anticonceptivo o la manera de aplicarlo. Petición de opinión o valoración sobre el tratamiento.
Identificar en el discurso de mujeres adultas jóvenes menores de 25 años acciones de trato deshumanizado percibidas durante sus consultas gineco-obstetras.	Maltrato verbal	Respeto a la hora de hablar.
	Maltrato físico	Sensación de comodidad con las posturas que se deben adoptar en las revisiones. Sensación de dolor o malestar.
	Infantilización	En el caso de acompañamiento, distinción de quién es la paciente y debe ser atendida y recibir la información. Trato de manera acorde a la edad.
Identificar en el discurso de mujeres adultas jóvenes menores de 25 años acciones de trato deshumanizado percibidas durante sus consultas gineco-obstetras.	Ausencia de información	Salida de las consultas con la sensación de tener toda la información necesaria acerca de la anticoncepción hormonal.
	Información contraindicada	Receta del método anticonceptivo teniendo en cuenta la situación particular.
	Información indirecta	Facilitación de la información de primera mano. Formatos o medios aconsejados para acudir a la información en caso de orientación a buscar.

Fuente: Elaboración Propia

Este trabajo se ha sometido a un proceso de validación de contenido, consistente en “el grado en que la medición empírica refleja un dominio del contenido, aplicando la evaluación de expertos que revisan formalmente los elementos que componen el instrumento para determinar su confiabilidad” (Hernández, et al. 2006, p. 661-669). Esta validez de contenido la hace un perfil experto ajeno a la autoría del trabajo que posee un perfil de dominio sobre los conceptos, así como la metodología de este.

En este caso, el perfil experto evaluador ha sido una experta en metodología y en violencia obstétrica, investigadora docente en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia, adscrita al departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales y con una comprobada trayectoria científica en violencia obstétrica y salud reproductiva.

2. 3. Descripción del perfil participante

Para la elaboración de las entrevistas se han seleccionado a seis mujeres mayores de edad y menores de 25 años que no han pasado por partos ni procesos de embarazo y que han estado bajo tratamientos de métodos anticonceptivos de tipo hormonal en algún momento durante los últimos cinco años, tanto por cuestiones anticonceptivas (tres participantes) como por patologías (tres participantes). Las participantes, adscritas al sistema público sanitario, también son de nacionalidad española y cuentan con formación universitaria. Además, todas ellas poseen hábitos de vida saludables y tienen una vida activa.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se muestran las narrativas de las mujeres participantes, al respecto de su experiencia gineco-obstetra en el marco del sistema público de salud de España. Respecto al primer objetivo específico, referente a las acciones de abuso de poder o desequilibrio de poder, destacan los siguientes testimonios:

E2: Tú vas al médico, dices que quieres tomar los anticonceptivos, te lo recetan y ya está. No hay nada, quiero decir, si el médico lo ve necesario, te manda al ginecólogo. [...] Si has ido ya, pues nada, te lo receta y punto. [...] No hay acompañamiento.

E1: Se invisibilizan los síntomas muchas veces y eso de que no te toman en serio, de que te dicen “bueno, tú es que no sabes lo que es el dolor o la poca tolerancia”... Yo creo que eso hace que desconfíes mucho del tratamiento que te ponen. [...] Paso los días de antes nerviosa porque sé que me van a cuestionar y que no me van a tomar en serio y que voy a tener que pelearme mucho.

E6: En numerosas ocasiones he intentado explicarle al médico que no funcionaba conmigo porque sentía los efectos adversos anímicos muy fuertes, y les intentaba explicar que quizás para mí tomarme las pastillas no fuera lo más indicado. Sin embargo, seguían insistiendo en que probara otras en vez de cambiar a lo mejor al anillo u otra cosa, que me han dicho que es más suave. [...] Pero siguen recetándome las pastillas.

Mientras que algunas sí se han sentido cómodas con las valoraciones del personal sanitario con respecto a sus situaciones particulares, lo cierto es que la mayoría de las entrevistadas confiesa una cierta invisibilización de los síntomas o incluso una despersonalización por parte de los profesionales, llegándose a sentir sin potestad para poner de relieve sus molestias.

La mayoría de las participantes se han encontrado limitadas a la hora de la elección del método anticonceptivo debido a la falta de información proporcionada por el profesional sanitario sobre todos los existentes, quedándose la mayoría con la píldora anticonceptiva o el anillo vaginal. Además, como recalca la última entrevistada, cuando esta le propone cambiar de método a causa de los efectos secundarios sufridos, el profesional médico sigue recetando la pastilla anticonceptiva sin proponer otras alternativas.

En cuanto al segundo objetivo específico, referente a las acciones de trato deshumanizado, las participantes relatan:

E1: Recuerdo una que fue bastante desagradable porque yo, no sé, tendría 15 años y yo no había mantenido relaciones sexuales. Recuerdo esa vez muy desagradable porque entré a la sala de exploraciones y me dijeron “bueno, quítate las bragas” y me preguntasi he tenido relaciones sexuales y dije que no. Y me dice, “¿entonces a qué has venido?”, y yo, “pues yo he venido porque me duele mucho la regla, porque tengo este problema...”, “bueno, pues ponte las bragas otra vez y vete”, y yo le dije “otras veces me han hecho ecografías por fuera”, y me dice “ya, pero es que yo así no puedo hacer nada, no puedo trabajar”. Y luego bueno, alguna vez en urgencias, ese trato súper deshumanizado, ¿sabes? Que de repente te meten la cabeza entre las piernas y tú, “¿qué estás haciendo?”. Sin presentación previa ni nada. [...] Para mí era una cosa súper vulnerable porque yo en ese momento lo pasaba fatal. Claro, y yo llegar ahí y que de repente te digan “es que tú lo que tienes es poca tolerancia al dolor”, “yo qué voy a hacer contigo”, “tenemos problemas más importantes”.

E3: Tampoco me han faltado al respeto como tal. Igual sí que han sido muy cortantes, poco empáticos en algunas situaciones porque tú vas sin tener ni idea de nada. Estás pidiendo consejo o tienes dudas sobre una cosa que tú no sabes porque tú no eres una especialista y sí que hay veces que te hablan con cierto... [...] No creo que se me haya faltado al respeto como tal pero sí que a veces ha habido falta de tacto o de, pues eso, empatía.

E5: Me trató fatal. [...] Preguntas tipo “¿pero tú sabes que esto hasta los 25 años no lo puedes hacer?” [...] De hecho, me estoy acordando ahora de que cuando entré me dijo que por qué venía y yo le dije que quería hacerme una citología y le estaba explicando el motivo de que quería tomar anticonceptivas y por la regla... Pero me cortó a mitad y me dijo “vale, quítate la ropa y empezamos”.

E1: Una vez que acudí a urgencias porque tenía mucho dolor me hicieron una ecografía vaginal y le dije a la ginecóloga que me dolía mucho, estaba la estudiante de prácticas al lado, y me preguntó si me molestaba y le dije que me estaba doliendo bastante. Entonces se giró a la estudiante de prácticas y le dijo “cuando les preguntas siempre te dicen que les duele”. O alguna vez durante algún procedimiento como cuando me colocaron el DIU, que había un momento en el que te pinzan el cuello del útero y te lo sostienen abierto. Me dijo “¿te duele?” y yo “sí”, y me dijo “no, no te duele, te molesta”.

E2: Me han hecho dos citologías en dos ginecólogas diferentes. En la primera que me hicieron, nada me ha dolido más en mi vida. Usando un espéculo antiguo, de metal, que, para quien no lo sepa, un espéculo de metal es una pala enorme que te meten en tu vagina sea del tamaño que sea y, recordemos, todas las vaginas no son iguales ni ha pasado lo mismo por ellas. Duele muchísimo que te metan una cosa que es enorme sin ningún tipo de lubricación ni nada y que, además, lo que hace eso es adelantar el cuello del útero. Duele. Mucho. Pues en otra ginecóloga en la que me lo hicieron usaron uno que es de plástico que sirve también si eres virgen, si eres una niña, porque recordemos que al ginecólogo no es que vayan solo las mujeres porque quieren tener bebés. Y ahí no me dolió absolutamente nada. Con lo cual el problema está en cómo se hacen las cosas, no porque tengan que doler.

E1: Considero que se te infantiliza muchísimo. [...] Yo no sé si a todas las mujeres las tratan así o a mí por tener 17 años e ir sola y no tener ni idea y a mí todo me parecía bien. [...] La mayoría de las veces he acudido sola. Yo iba acompañada por mi padre, pero a la consulta pasaba yo sola. Y cuando me di cuenta de que para mí era demasiado duro esto, empecé a pasar con mi padre. Y me di cuenta de que si entraba con mi padre me hacían más caso y no me trataban como si fuera tonta. Es verdad que, yo al ir con mi padre estaba claro que no era el caso de una relación de pareja y a mi padre no le hablaban. Se dirigían a mí en todo momento [...] Una vez que descubrí que me

hacían más caso empecé a ir con mi padre al ginecólogo. Tristísimo, pero es lo que hay. [...] Yo no creo que se me tratara de una manera acorde a mi edad porque yo la primera vez que fui fue con 14 años. A mí no me explicaron qué era esto, cómo funcionaba... Pero yo nunca he tenido una conversación con un profesional sobre cuáles son los posibles efectos adversos de la medicación que voy a tomar, pero ni a largo plazo ni en mi vida diaria.

E5: Parecía que era una niña tonta que se lo hacía porque le daba a ella la gana como si no me lo hubiera recetado un médico. [...] A mí me dio la sensación de que parecía que yo era como una niña caprichosa que le había dado ganas esa mañana de hacerse una citología. [...] Parecía que me veía como a una cría que no sabe lo que está haciendo.

Tal como señalan Paris y Gracia (2021), la violencia obstétrica también puede ejercerse de manera psicológica (p. 39). Por ello, se ha de prestar especial atención a la manera en la que el personal sanitario se dirige a sus pacientes en procesos sexuales y reproductivos.

A su vez, se puede observar las participantes han sufrido un claro maltrato físico en algún momento de sus procesos reproductivos, siendo la banalización de las alertas de dolor por parte del profesional médico una de las causas más recurrentes. La introducción de utensilios médicos en la vagina sin ningún tipo de lubricación previa también podría ser considerada en algún caso como una forma de maltrato físico por parte del profesional sanitario.

Volviendo a Paris y Gracia (2021), la violencia obstétrica también puede ser ejercida de una manera física (p. 39). Se ha de tener presente el Artículo 2 de la ya citada Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en la que se expone que resulta indispensable un entorno libre de violencia para lograr el

bienestar físico, psicológico y sociocultural en cuanto a la sexualidad se refiere (p. 7).

De estos testimonios se puede valorar que los casos de infantilización por parte del personal sanitario en los procesos sexuales y reproductivos son frecuentes. Las participantes relatan que han sido tratadas de una manera poco respetuosa, refiriéndose a ellas como si fueran niñas incapaces de entender la situación.

Por último, en cuanto al tercer objetivo específico referente a los sesgos de información para la toma de decisiones, las participantes cuentan:

E2: No te explican qué es lo que hace realmente. Te las mandan y punto. O sea, llevas un libro que parece la biblia de efectos adversos que llevan y eso te lo lees tú en tu casa [...]. Pero a ti no te dice la ginecóloga lo que hacen las hormonas o lo que son. En realidad, yo creo que no sé lo que me estoy metiendo, si te soy sincera. Solo te las recetan y te las tomas, pero yo realmente lo que sé es porque lo he buscado yo. Y tampoco estoy totalmente informada.

E3: Como siempre son consultas muy cortas, con muy poca información... Cuando más información me dieron fue cuando me explicaron cómo funcionan las pastillas, lo de que es un ciclo hormonal falso, que la regla es falsa... Ahí sí que me explicaron un poco, pero por lo demás, es llegar, citología y a casa. No te explican casi nada. [...] La primera vez que me explicaron todo lo entendí bastante bien, pero luego conforme hablabas con otras chicas, te enterabas de cosas que ellas habían pasado... Pues son cosas que te sorprenden mucho, y cuando vuelves a la consulta te dan ganas de averiguar por qué eseso, pero al final siempre se te queda un sentimiento de “vale, te he preguntado lo que te quería preguntar, pero tampoco he salido convencida del todo”.

E6: Nunca sentí que me llegaran a explicar del todo el funcionamiento de cómo iba a reaccionar mi cuerpo ante el tratamiento y qué mecanismo representa. Y tampoco... No que me cuestionara cómo podía sentirme, pero que me dijeran “bueno, si te sientes de esta forma es por esto, no pasa nada” y me sentí muy desinformada en ese tema.

E6: Respecto a los ovarios poliquísticos también me sentí muy desinformada porque luego fui a otro ginecólogo y me dijo otra cosa diferente. Cada ginecólogo me daba un punto de vista diferente y parecía que no veía ningún nexo en común entre los dos. Uno me lo recetó muy rápido y el otro me dijo que necesitaba muchas más pruebas y me dijo “es que no puede ser que te lo miren tan a la ligera y te manden las pastillas”, y yo “pues ya estoy con el tratamiento”. [...] Sí porque, como también tenía problemas de granos a causa de los ovarios poliquísticos, decidieron que sería bueno. Pero al mismo tiempo siento que no hicieron muchas pruebas respecto a mí y miraron muchas cosas genéricas que veían en común. Y cuando les expliqué mi situación particular de que me sentaban mal, no se pararon a buscar otra solución que pudiera amoldarse a mí. Parecía que sí pero no.

E4: Yo busqué información por mi cuenta, generalmente, pero sí que es cierto que yo elegí las pastillas porque del anillo estaba súper desinformada. Y sigo estándolo, quiero decir, yo entiendo cómo funciona, pero a medias. Entonces al final pues dices “va, la pastilla porque es lo de toda la vida de me la tomo una vez al día a la misma hora y ya”. [...] A raíz de esa búsqueda que hice fue cuando quise tomar la pastilla.

E6: La única información que me dieron fue cómo tomarte las pastillas y luego me puse a leer el prospecto y la verdad es que me asusté un montón. Nada más abrir la caja leí el prospecto y dije “¿esto qué es?”. Y luego ya si tenía alguna duda miraba en internet.

Mencionando de nuevo a Paris y Gracia (2021), la falta de consentimiento informado también constituye una forma de violencia obstétrica (p. 39). También conviene recordar la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la que en el artículo 2.6. se expone que el profesional que interviene en la actividad asistencial se encuentra obligado al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica (p. 5) y en el artículo 4.1. se afirma que los pacientes tienen derecho a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud (p. 6).

Con los testimonios de las participantes se confirma la reflexión de Pérez (2009) acerca de la existencia de una desinformación sobre los diferentes métodos anticonceptivos entre la población más joven, destacando los de tipo oral, el DIU, el diafragma y el preservativo femenino (p. 172). Se constata, por un lado la ausencia de explicación del funcionamiento de los métodos anticonceptivos hormonales por el personal sanitario, así como de los efectos secundarios de estos. De esta forma, la mayoría de las participantes no conoce el funcionamiento hormonal del tratamiento que están o han estado tomando, así como sus principales síntomas adversos. Al respecto, se debe destacar que en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo en la que, en el Artículo 6, referente a las acciones informativas y de sensibilización, se indica que “los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva” (p. 8). Por lo que la transmisión adecuada de información es esencial para garantizar la participación activa y segura del/la paciente en su tratamiento hormonal.

Podría cuestionarse la información inicial que las participantes tenían sobre sus procesos hormonales y, en cierto modo, poner énfasis en el desconocimiento personal o incluso el desinterés por la información previa, sin embargo, dado que las participantes refieren la búsqueda de información a través de medios digitales y su interés por comprender su tratamiento y las consecuencias del mismo a través de la información de acceso libre en

internet, esto otorga intencionalidad e interés a las jóvenes participantes por la búsqueda de información acerca de sus procesos obstétricos y por el acceso a conocimiento personal. En este sentido, la búsqueda en Internet de cuestiones de tipo sexual y reproductivo es frecuente en las participantes, que no se encuentran conformes con la información recibida por parte del personal sanitario. De esta forma, se confirma el señalamiento que hace Martín (2016) refiriendo que los jóvenes acuden a Internet y otros medios de comunicación buscando respuestas a sus inquietudes sexuales, pudiendo ser la información obtenida poco conveniente para una idea adecuada en lo que a educación sexual y reproductiva se refiere (p. 19).

4. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos extraídos de las entrevistas semiestructuradas realizadas, se identifican todas las categorías de estudio presentes en las consultas gineco-obstetras de las descripciones sobre las consultas gineco-obstetras de la mayoría de las participantes. Por lo tanto, se puede afirmar que la configuración epistemológica sobre violencia obstétrica está presente en las narrativas de las jóvenes durante sus procesos reproductivos.

Resulta evidente que existe un descontento por parte de este grupo de población en relación con la atención médica recibida durante sus procesos ginecológicos. Sentimientos de frustración, impotencia y desinformación son frecuentes entre las participantes del estudio. De esta forma, se entiende que el personal sanitario responsable del acompañamiento médico durante los procesos sexuales y reproductivos en la población joven femenina no presta una atención satisfactoria, en la que las pacientes se sientan cómodas, con confianza e involucradas en su propio proceso reproductivo. Además, se percibe un sentimiento de despersonalización y mecanización en cuanto a que se le receta el mismo tratamiento anticonceptivo a muchas pacientes sin tener en cuenta sus situaciones particulares mediante pruebas analíticas previas, quedando así sin comprobar su aptitud e idoneidad para el mismo.

Además, se deduce que el trato deshumanizado, la banalización de los síntomas o la falta de empatía se encuentran presentes en los testimonios de las participantes, dándose casos de maltrato verbal durante las consultas gineco-obstetras. El maltrato físico también aparece en las revelaciones de las participantes, siendo sus principales manifestaciones las desatenciones de las alertas de dolor, así como la introducción de utensilios médicos poco adecuados en la vagina. También destacan las declaraciones de infantilización sufridas por las participantes por parte del profesional médico, refiriendo haber sido tratadas de una manera poco respetuosa y como niñas.

Por último, se destaca una falta de información en cuanto a los tipos de métodos anticonceptivos que existen, el funcionamiento de estos y sus efectos secundarios. Asimismo, se observan casos de prescripciones de métodos anticonceptivos hormonales sin estudios previos que confirmen la idoneidad de las pacientes para estos, así como un abuso de medicalización de la anticoncepción hormonal para las jóvenes. Por último, se analiza que la mayoría de las participantes acuden a fuentes de Internet para informarse acerca de los aspectos médicos que no comprenden relacionados con el tratamiento hormonal que se han encontrado o se encuentran tomando, pudiendo localizar información errónea o poco conveniente.

Desde el trabajo social en el ámbito sanitario, se debe enfatizar la importancia de la comprensión de los conflictos sociales emergentes desde la narrativa de las personas implicadas, así como reforzar los servicios de información, orientación y sensibilización a través de la educación para la salud y atendiendo a la praxis médica del personal sanitario, pues este también debe estar formado en términos de trato, empatía y acompañamiento.

AGRADECIMIENTOS: Agradecemos a las participantes en este estudio, quienes con su testimonio honesto han permitido una aproximación a su experiencia, una sistematización de su significado y una relación con la literatura de referencia con el fin de contribuir a la construcción teórica acerca de esta temática de interés social.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Arza-Porras, J., Rodríguez-Camacho, M. (2019). Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (26), 59-82. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2019.26.03>.
- Asociación Médica Mundial. (2018). *Declaración de Ginebra*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/>.
- Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. (2001). *Salud Pública y Educación para la Salud*, 1(1), 19-22. Recuperado de <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>.
- Fernández, T., Agrela, B. (2021). Diálogos entre el ser personal y profesional desde una perspectiva de género: ¿un dilema silente en el trabajo social con mujeres inmigrantes? *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1), 89-113. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2021.28.1.05>.
- Folgueiras Bertomeu, P. (2016). La entrevista. Técnica de recogida de información: La entrevista. *Disposit Digital*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/99003>.
- Hammer, D. y Wildavsky, A. (1990). La entrevista semi-estructurada de final abierto. Aproximación a una guía operativa. *Historia, antropología y fuentes orales*, 4, 23-61. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/27753290>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
- Idareta, F., Iturralde, J. (2018). Dilemas éticos en trabajo social sanitario. Un estudio de caso. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (25), 79-93. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.04>.
- Iglesias Ortuño, E. (2021). *Derechos humanos y salud reproductiva, una mirada desde el Trabajo Social*. Ciudad de México: Tirant lo Blanch.
- Iglesias Ortuño, E. (2021). Percepción de la violencia obstetra ejercida por el sistema de salud mexicano: estudio de caso. *Perfiles Latinoamericanos*, 30(59), 1-23. [dx.doi.org/10.18504/pl3059-008-2022](https://doi.org/10.18504/pl3059-008-2022).

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 55, de 4 de marzo de 2010. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>.
- Martín Perpiñán, C. (2016). Anticoncepción en adolescentes: Educación sexual y asistencia adecuada. *Revista Española Endocrinología Pediátrica*, 7(2), 19-22. Recuperado de <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E20/P1-E20-S944-A378.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*.
- Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*.
- Paris Angulo, S. y Gracia Suárez, A. (2021). Parir en tiempos de COVID-19: Aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia. *Gaceta internacional de ciencias forenses*, 39, 36-44. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7859522>.
- Pérez García, I., Pérez Campos, E. F. y Plá Ernst, E. (2005). Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 7(1), 81-87. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3016164>.
- Pérez, G. (2009). La salud reproductiva y sexual en España. *Gaceta sanitaria*, 23(3), 171-173. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.02.004>.
- Vasilachis De Gialdino, I., Ameigeiras, A. B., Chernobilsky, L. B., Giménez Béliveau, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Neiman, G., Quaranta, G. y Soneira, A. J. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa* (Vol. 13). Gedisa editorial.