



---

**Universidad de Valladolid**

**Máster en Estudios Feministas  
e Intervención para la Igualdad**

**Facultad de Educación de Palencia**

**ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES  
LESBIANAS Y BISEXUALES ¿UNA FORMA DE  
INVISIBILIZACIÓN?**

**Alumno(a): CARMEN JULIA GARCÍA-BERNARDO FERNÁNDEZ**

**Tutor(a): DRA. DÑA. MARIA CONCEPCION UNANUE CUESTA**

**Curso 2024/2025**

**INDICE DE CONTENIDOS**

<b>1.- JUSTIFICACION DEL ESTUDIO .....</b>	<b>6</b>
<b>2.- OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>3.- FUNDAMENTO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.....</b>	<b>11</b>
4. 1.- Tipo de estudio.....	13
4.2.- Herramientas de recogida de datos.....	14
4.3.- Selección de la muestra .....	17
4.4.- Sesgos, transferibilidad, reflexividad y generalización de los resultados .....	18
4.5.- Tratamiento de datos.....	19
<b>5.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
5.1 Resultados del cuestionario .....	20
5.1.1.- Datos sociodemográficos .....	20
5.1.2. Uso de la atención ginecológica.....	21
5.1.3. Los prejuicios en la Atención Ginecológica .....	23
5.1.4. Infecciones de transmisión sexual (ITS).....	23
5.1.5. Salud reproductiva.....	24
5.2. Datos obtenidos de las entrevistas .....	27
5.2.1.- Información percibida en el ginecólogo sobre conocimiento acerca de actividad sexual de mujeres que tiene sexo con mujeres.....	30
5.2.2.- Información sobre profilaxis de ITS .....	30
5.2.3.- Programas de detección precoz de cáncer ginecológico .....	31
5.2.4.- Calidad de la atención sanitaria en consulta ginecológica general (con o sin patología) .....	31
5.2.5.- Salud reproductiva .....	33
<b>6.- CONCLUSIONES .....</b>	<b>34</b>
<b>7.-PROPUESTAS DE MEJORA.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO I. CUESTIONARIO .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO II ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS .....</b>	<b>48</b>
Entrevista 1.....	48
Entrevista 2.....	53
Entrevista 3.....	57

## ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

### GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1.-</b> Distribución de la muestra por edades .....	21
<b>GRÁFICO 2.-</b> Orientación sexual .....	21
<b>GRÁFICO 3.-</b> Asistencia a la consulta ginecológica.....	22
<b>GRÁFICO 4.-</b> Motivos de consulta ginecológica.....	22
<b>GRÁFICO 5.-</b> Causas específicas de incomodidad en la consulta .....	23
<b>GRÁFICO 6.-</b> Fuentes de información sobre ITS .....	24
<b>GRÁFICO 7.-</b> Apoyo social y familiar .....	25
<b>GRÁFICO 8.-</b> Calidad de la atención sanitaria en consulta ginecológica general.....	32
<b>GRÁFICO 9.-</b> Atención en la consulta de salud reproductiva .....	33

### TABLAS

<b>TABLA 1.-</b> Categorización y códigos .....	27
<b>TABLA 2.-</b> Información sobre profilaxis de ITS .....	31

## **RESUMEN**

La atención sanitaria es una parte importante del derecho a la salud recogido para todas las personas en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978. Sin embargo, las necesidades específicas en salud de la población LGBTQ+ son percibidas por el colectivo como insuficientemente conocidas o incluso ignoradas por las autoridades sanitarias y por los profesionales de la salud. De forma específica, la atención ginecológica de las mujeres lesbianas y bisexuales es frecuentemente motivo de queja en estos colectivos, que alegan una invisibilización de sus necesidades específicas en un entorno sensible, y que les dificulta el acceso a una plena salud sexual y reproductiva, poniendo incluso en riesgo su salud por la ausencia de controles preventivos.

En este trabajo se investigará para tratar de dar voz a un grupo de mujeres cissexuales (en adelante cis), lesbianas y bisexuales en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva (realizaciones de controles ginecológicos, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS), prevención del cáncer ginecológico y derechos reproductivos) analizando la percepción que tienen sobre la presunta invisibilización de su realidad.

Del resultado del mismo se deduce que un alto porcentaje de las mujeres entrevistadas perciben una deficiente atención por parte del personal sanitario, lo que podría justificar la escasa adherencia de las mismas a los controles ginecológicos recomendados.

## **PALABRAS CLAVE**

Lesbiana, bisexual, atención ginecológica, reproducción asistida, invisibilidad lésbica

**ABSTRACT**

Health care is an important part of the right to health established for all people in 43 Article of the 1978 Spanish Constitution. However, the specific health needs of the LGBTQ+ population seem to be insufficiently known or even ignored by health authorities and health professionals, as demonstrated by the scarce existing scientific literature on the matter. Specifically, the gynecological care of lesbian and bisexual women is frequently a source of complaint in these groups, who allege that their specific needs are made invisible in a sensitive environment, and that it makes it difficult for them to access full sexual and reproductive health, putting their health is even at risk due to the absence of preventive controls.

This work will investigate to try to give voice to a group of cis lesbian and bisexual women regarding their sexual and reproductive health (gynecological check-ups, prevention and treatment of sexually transmitted infections (STIs), prevention of gynecological cancer and reproductive rights) analyzing the perception they have about the alleged invisibility of their reality.

From the results, we deduce that a high percentage of the women interviewed perceive poor care from health professionals, which could justify their poor adherence to the recommended gynecological controls.

**KEY WORDS**

Lesbian, bisexual, gynecological care, assisted reproductive technology, lesbian invisibility

## 1.- JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Aunque el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ha sido asumido implícitamente como parte del derecho universal a la salud, es posible que el primer reconocimiento oficial de la misma se produjera en la Conferencia Mundial de Mujer, celebrada en Beijing en el año 1995 donde, de forma expresa, se reconoció el derecho de la mujer "... a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia..." (Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 -15 septiembre de 1995, Párrafo 96 en Navarro-Corona, C.I, et al., 2016). El desarrollo de las políticas públicas asociadas a estas declaraciones, se ha ido revisando de forma periódica, tanto a nivel global como a nivel nacional, habiéndose producido, tal como se describe en el informe ONU Mujeres de 2022, avances hacia la igualdad de género en algunas áreas, pero manteniendo algunas barreras e identificándose retrocesos en otras.

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres no es algo banal. De su utilización dependen no sólo la salud ginecológica de las mujeres, incluyendo la prevención del cáncer ginecológico, la detección precoz de patologías potencialmente tratables o el derecho a planificar la maternidad en condiciones de seguridad, sino también la protección de la salud integral de las mujeres. La excesiva medicalización de los procesos fisiológicos de menstruación/menopausia, gestación, parto y puerperio y la propia asimetría de las relaciones entre profesionales de la medicina-pacientes, deja a las mujeres a merced del personal de atención sanitaria, que en ocasiones no es sensible a las necesidades de las mujeres que acuden a consulta, obviando incluso principios básicos como el derecho a la autonomía del paciente o el derecho al consentimiento informado. Las mujeres son infantilizadas, humilladas, olvidadas por profesionales de la sanidad, que "en su mejor saber y entender" toman las decisiones que consideran adecuadas respecto a tratamientos o técnicas, sin consultar con las pacientes (García, 2018) De esta forma, se ejerce una violencia sobre las mujeres estructural e institucional, que invade también el ámbito sanitario, basada en una cultura patriarcal que podría ser entendida como una verdadera violación de los derechos humanos (Araujo- Cuauro, 2019), convirtiendo el uso de los servicios de atención ginecológica es un momento difícil para la mayoría de las mujeres.

Cuando las mujeres que tienen sexo con mujeres se plantean acudir a un servicio de ginecología, se encuentran, no sólo con esta forma de violencia que nace de la cultura patriarcal y de la desigualdad intrínseca a la relación equipo médico – paciente que afecta a todas las mujeres, sino que posiblemente perciban una nueva forma de discriminación que parte de un entorno poco amigable (cuando no bifóbico/lesbofóbico), con la ausencia de formación específica del personal sanitario, la ausencia de estudios científicos sobre relaciones sexuales entre mujeres y la invisibilidad de las mujeres lesbianas y bisexuales (Vergara Sánchez, 2019).

Las mujeres lesbianas sufren en este campo, al igual que en el resto de su vida, una doble discriminación. Son discriminadas por su condición de mujeres, pero también por su orientación sexual, de una forma específica, más cruel si cabe que la que sufren los hombres homosexuales. Es como si su sexualidad, no acorde con el modelo heteropatriarcal que atribuye a la mujer una condición maternal/reproductiva fuese una condena que eliminase su condición no sólo femenina sino también humana volviéndolas invisibles, lo que no sucede con los varones homosexuales. (Unanue, 2014)

El objeto del presente estudio se orienta a la comprobación de si este fenómeno de la presunta invisibilidad homoerótica<sup>1</sup> femenina y la percepción de una inadecuada atención ginecológica por parte de las mujeres se reproduce en nuestro entorno cercano con el fin de tener una perspectiva actualizada de la cuestión y valorar las posibles causas y soluciones del presunto problema.

La realización de este trabajo fin de máster parte de una necesidad personal, política y académica de visibilizar una problemática históricamente silenciada: la atención ginecológica a mujeres lesbianas y bisexuales como espacio de exclusión, discriminación y vulneración de derechos. Como parte de la población diana de este estudio, mujer lesbiana, y como profesional formada en Trabajo Social, Igualdad y alumna del máster de Estudios Feministas y de Género, abordar esta cuestión no es sólo un ejercicio intelectual, sino una forma de militancia y reparación simbólica para todas aquellas cuyas vivencias han sido sistemáticamente ignoradas por el sistema sanitario y la academia. Conozco de primera mano algunas de las reivindicaciones que se llevan haciendo años desde del colectivo en materia de salud sexual y

---

<sup>1</sup> Utilizo este término ya que lo considero más adecuado a la diversidad de situaciones que se producen en las relaciones sexo-afectivas entre las mujeres que tienen sexo con mujeres, no implicando una etiqueta concreta de orientación sexual.

reproductiva, y de la incomodidad, la falta de información y, en ocasiones, la exclusión que muchas de nosotras sentimos al acceder a servicios ginecológicos, generales o especializados.

Tras una búsqueda exhaustiva y la falta de estudios específicos relacionados, en concreto en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, se hace evidente la necesidad de realizar una investigación que lance un poco de luz sobre la problemática existente y sirva de catapulta a futuros estudios que profundicen la temática.

Desde un enfoque feminista interseccional, en el que abordamos la doble discriminación que sufren las mujeres lesbianas y bisexuales ( por ser mujeres y además por su propia orientación sexual) este estudio se inscribe en la crítica a un modelo biomédico androcéntrico y heteronormativo que no sólo invisibiliza los cuerpos y sexualidades disidentes de las mujeres, sino que refuerza estructuras de poder que reproducen desigualdades, incidiendo en esto a través de una presunción de heterosexualidad generalizada y una priorización de la familia tradicional frente a los derechos y deseos de las mujeres lesbianas y bisexuales que acuden a consulta. Podríamos además añadir otros marcadores, como racialización, nivel socioeconómico, discapacidad... pero no son objeto de estudio en este trabajo.

El feminismo ha denunciado desde hace décadas cómo el cuerpo de las mujeres ha sido medicalizado y subordinado a una lógica patriarcal de control y vigilancia (Fernández del Castillo, I., 2015; Fernández-Pujana, I, 2014; Belli, L. 2013; Giberti, E 2003, Rodríguez-Mir, J. 2021) Como señalan diversas autoras lesbofeministas,( García, E.M., 2018; Guerrero, A., 2018) el silencio en torno a la salud de las mujeres que tienen sexo con mujeres no es neutro: es político y tiene consecuencias concretas en términos de salud, bienestar y derecho.

Este trabajo busca visibilizar una doble discriminación: la que sufrimos por ser mujeres en un sistema sanitario históricamente patriarcal, centrado en el control de la natalidad, y la que se añade por no ajustarnos a la norma heterosexual. La atención ginecológica, tal y como está concebida en muchos contextos, se centra en la prevención de embarazos no deseados o en prácticas coitocentristas entre hombre y mujer como eje central, dejando fuera un amplio abanico de realidades que no responden a ese modelo.

En términos académicos, este estudio intenta realizar una primera aproximación a un problema que se quiere situarse en la intersección entre los estudios de género y la sociología de la medicina, afectando a la salud pública y a la atención concreta a las mujeres tanto en la sanidad pública como en la privada. A través de él se aportarán algunos datos que permitan construir un relato colectivo que refleje lo que muchas mujeres lesbianas y bisexuales experimentamos: la

incomodidad de tener que justificarnos, el miedo a ser juzgadas, y la desconfianza hacia un sistema que muchas veces nos ha ignorado. Lo que está en juego no es solo nuestra salud física, y mental sino también nuestro derecho a ser tratadas con dignidad, respeto y conocimiento de nuestras realidades y a hacer valer nuestros derechos reproductivos.

Desde el feminismo se entiende y se defiende la salud, y en concreto la salud ginecológica como un derecho que debe estar libre de violencia, prejuicios y exclusiones, basado en la atención con perspectiva de género, el respeto a la autonomía de las mujeres, el derecho a una adecuada información, la despatologización de los procesos relacionados con el ciclo vital de las mujeres, incluyendo la menarquía y menopausia y la eliminación de la violencia obstétrica. Sin embargo, muchas de las mujeres que participaron en este estudio han relatado experiencias que confirman nuestra hipótesis y revelan justo lo contrario: consultas donde no se les preguntó por su orientación sexual, profesionales que no sabían cómo abordar sus dudas o exploraciones que no tuvieron en cuenta el tipo de prácticas sexuales que realizan. Esto no puede seguir considerándose una excepción, ni una simple falta de formación individual: es una vivencia colectiva que forma parte de un sistema que reproduce desigualdades de forma estructural.

Además, al situar este trabajo en el contexto asturiano, apporto una perspectiva local que rara vez aparece en la literatura científica. Asturias no es ajena a las realidades que denuncian los pocos estudios internacionales encontrados a los que se hará referencia más adelante, pero también tiene sus particularidades. Como activista y como parte del tejido asociativo LGTBIQ+ en la región, sé que hay muchas mujeres que han optado por dejar de acudir a revisiones ginecológicas, no por descuido, sino por puro agotamiento emocional frente a un entorno hostil.

En definitiva, este estudio es una herramienta para generar conocimiento, pero también para abrir un diálogo pendiente entre los servicios sanitarios y las mujeres que no encajamos en el modelo heteronormativo, que podría servir de base para futuras investigaciones. Aspira a ser un pequeño aporte en la lucha por una atención sanitaria verdaderamente feminista: aquella que reconozca todas nuestras corporalidades, nuestros deseos y nuestras decisiones sin imponer juicios, trabas, ni silencios.

La necesidad de identificar cuál es la percepción de las mujeres participantes en el estudio acerca de la atención ginecológica que se les ofrece tiene, desde esta perspectiva, interés sanitario en tanto en cuanto esta percepción de las pacientes forma parte de los indicadores de calidad de la asistencia sanitaria que incluye no sólo la disponibilidad y accesibilidad adecuada del sistema, sino también otros factores como la correcta aplicación de protocolos, la

comunicación con la persona usuaria del sistema de salud o la coordinación entre diferentes profesionales. Desde la perspectiva de este Máster, los resultados nos aportarán información relevante desde el punto de vista de los estudios feministas y de género, resultando útiles para determinar si efectivamente el grupo de mujeres lesbianas y bisexuales estudiadas se sienten discriminadas por el sistema, las formas de esta presunta discriminación y la invisibilización subsecuente del colectivo.

De los resultados del estudio pueden surgir propuestas orientadas a la resolución del problema que tratamos de confirmar, pero también nuevas vías de investigación paralelas como la posible existencia de necesidades o carencias específicas de este grupo de mujeres en otros ámbitos sanitarios (salud mental, medicina preventiva...) y la necesidad de implementar medidas específicas para corregir esta discriminación.

Las preguntas que se tratan de responder en el presente estudio son fundamentalmente las siguientes ¿Las mujeres lesbianas y bisexuales de nuestro estudio sienten que sufren discriminación en la atención ginecológica, tanto preventiva como asistencialmente? Y en caso de percibir esa discriminación ¿hace que esto disminuya su adherencia a programas preventivos de detección precoz de cáncer ginecológico y de educación para la salud?

## **2.- OBJETIVOS**

Objetivos generales:

- Conocer la percepción del colectivo de mujeres cis lesbianas y bisexuales en el entorno del Principado de Asturias en relación con la asistencia ginecológica, concretamente en los aspectos preventivos y asistenciales referidos a la salud sexual y reproductiva.

Objetivos específicos

- Conocer la adherencia a los programas de detección precoz del cáncer ginecológico y de mama en mujeres cis lesbianas y bisexuales en el Principado de Asturias.
- Conocer la adherencia de este grupo de mujeres a programas de educación sexual y de prevención de ITS en el Principado de Asturias.
- Identificar posibles indicadores de discriminación en este grupo de mujeres en la asistencia ginecológica, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.
- Identificar y visibilizar los problemas específicos percibidos por el colectivo participante en el estudio en lo que se refiere a derechos reproductivos.

- Visibilizar las posibles carencias de profesionales de la atención sanitaria que prestan asistencia en el Principado de Asturias en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas y bisexuales desde el punto de vista de éstas.
- Proponer posibles soluciones a los problemas encontrados.

### **3.- FUNDAMENTO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN**

El interés del presente trabajo nace de la ausencia de estudios previos sobre este tema en nuestro país. Al revisar el estado de la cuestión, se ha encontrado escasa literatura científica acerca del asunto, casi exclusivamente relacionada con publicaciones realizadas por colectivos LGTBIQ+, y asociaciones o agrupaciones de mujeres lesbofeministas, especialmente en México, Argentina, Uruguay y Chile, pero no se han encontrado estudios en los que se analice la calidad de la asistencia ginecológica de mujeres que tienen sexo con mujeres ni desde las asociaciones LGTBIQ+ ni desde las instituciones o profesionales de la sanidad en nuestro país, ni por supuesto en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

La atención ginecológica de las mujeres lesbianas y bisexuales es frecuentemente motivo de queja en estos colectivos, que alegan una invisibilización de sus necesidades específicas en un entorno sensible, y aparentemente falta de empatía por parte de profesionales de la salud. Esta reivindicación, que se recoge frecuentemente en charlas con mujeres lesbianas, foros de internet, encuentros del colectivo LGTBIQ+... no se ha traducido en la elaboración de estudios que acrediten al existencia de esta problema más allá de la percepción “en la calle”. Alguno de los estudios que han tratado de realizarse en el Principado de Asturias, promovido por Tribadas en 2017, no pudo llegar a término, por falta de participantes en el estudio.

A pesar de que no se han encontrado estudios acerca de la percepción de la calidad asistencial por este colectivo en las consultas de ginecología en nuestro país, nos parece interesante señalar algunos de los estudios realizados en otros países. Esta realidad ha empezado a reconocerse de forma especial en países de América latina, donde los estudios lesbofeministas, han incidido en lo que supone sin duda un problema de salud para este colectivo: la invisibilización y el rechazo de las mujeres no heterosexuales en la atención sanitaria (Brown, 2014). La circunstancia descrita podría llegar a convertirse en un factor favorecedor de la exclusión social y propiciaría que las mujeres que tienen sexo con mujeres tuviesen una menor adherencia a los programas de promoción de la salud femenina., poniendo en riesgo a este grupo de mujeres por la ausencia de controles preventivos y mayores dificultades en el acceso a una plena salud sexual y reproductiva respecto a las mujeres heterosexuales. ILGA (Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex) presentó en 2007 en Bruselas un estudio en

el que se abordaban diferentes problemas acerca de la salud de las mujeres lesbianas y bisexuales, entre otros su salud sexual. En Argentina, los colectivos de mujeres lesbianas, en concreto el Espacio de Articulación Lésbica promovió, ya en 2006 la campaña “Cambiemos las preguntas”, en la que se reclamaba el derecho de las mujeres que tienen sexo con mujeres a una atención digna, especialmente en los servicios de atención ginecológica (Espartiles, 2006). La Tesis de la Dra Karina Vergara, realizada en 2013 para la obtención de la Maestría en Estudios de la Mujer en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, titulada “El viaje de las invisibles”, describe cómo el modelo hegemónico patriarcal supone no solo la invisibilización, sino incluso la violencia contra las mujeres que tienen sexo con mujeres en la atención ginecológica, fenómeno que ella atribuye a condicionantes sociales, políticos y culturales.

El estudio “Derecho a la salud, derecho de todas: aproximaciones multidisciplinares” que forma parte del proyecto “Derecho a la salud, derecho de todas: investigación aplicada en derechos humanos para el ejercicio del derecho a la salud y el derecho a una vida libre de violencia de lesbianas y mujeres bisexuales” realizado por las investigadoras Gloria Careaga, Josefina Valencia y Brenda Sandoval para el Clóset de Sor Juana A.C., con el apoyo del Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México, en el marco del Programa de Coinversión para el Desarrollo Social de la Ciudad de México en 2018, presenta una interesante aproximación multidisciplinar al estado de la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales, concluyendo también la existencia de invisibilización y violencia en la atención sanitaria de mujeres de este colectivo.

Algunos estudios, realizados fundamentalmente en Estados Unidos, mostraban además que las mujeres que tenían sexo con mujeres tenían una adherencia menor a los programas de cribado de cérvix (Curmi, 2014) y de mama (Kavanaugh-Lynch, 2002), acudían con menor frecuencia a las consultas ginecológicas y tenían menor acceso a los servicios de salud que las mujeres heterosexuales. (Buchmueller & Carpenter, 2010). No se ha determinado en los estudios anteriores cuál es la causa de la falta de adherencia a los programas generalistas de atención a la mujer en el colectivo de mujeres que tienen sexo con mujeres.

Desde el punto de vista sanitario, el estudio de la salud sexual de mujeres que tienen sexo con mujeres en las publicaciones médicas parece presentar lagunas importantes en diversos aspectos, ya que se centran en la presencia o no de patologías relacionadas con ITS, hábitos tóxicos o conductas sexuales consideradas de riesgo, y su comparación con población heterosexual, sin tener en cuenta otros factores como la percepción de calidad del servicio, la

necesidad de implementar programas específicos de prevención y autocuidado para este colectivo (Obón-Azuara et al, 2022) Por otra parte, algunos estudios parecen apuntar a que la población LGTBI presenta algunos problemas de salud, ligeramente diferentes a la población heterosexual. En concreto, las mujeres lesbianas y bisexuales parecen tener un riesgo ligeramente superior que sus coetáneas heterosexuales, de padecer obesidad y enfermedades cardiovasculares, así como un riesgo relativamente más elevado de padecer cáncer de mama,( Meads and More, 2013) o de otros tipos de cáncer (Cochran, 2001) relacionadas con una menor incidencia de gestaciones, periodos de lactancia o consumo de hormonas femeninas, que parecen tener un efecto protector en este tipo de cáncer (Brandenburg, 2007) sin que esto haya supuesto la implementación de campañas específicas para promover la salud de este grupo de mujeres.

Dada la ausencia de estudios locales, se plantea la presente investigación como una forma de conocer la realidad y el verdadero estado de la cuestión en el entorno del Principado de Asturias, con el fin de iniciar una vía de investigación que aspira a ser un pequeño aporte en la lucha por una atención sanitaria verdaderamente feminista: aquella que reconozca todas nuestras corporalidades, nuestros deseos y nuestras decisiones sin imponer juicios, trabas, ni silencios.

#### **4.- CUESTIONES METODOLÓGICAS**

Previamente a la realización del presente estudio, se ha realizado un estudio de la literatura existente disponible, con el fin de conocer el estado de la cuestión y el posible interés y pertinencia del estudio planteado. Para ello se han utilizado descriptores y operadores booleanos introducidos en los diferentes buscadores. Para la selección de las palabras clave, se ha empleado el lenguaje natural, así como los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Se han utilizado como palabras clave lesbiana, bisexual, lesbofeminismo, salud sexual, derechos sexuales y reproductivos, atención ginecológica, reproducción asistida, violencia obstétrica, invisibilidad lésbica

Se han revisado las bases de datos PubMed, Medline, Web of Science, Dialnet, ResearchGate y Google Scholar.

##### **4. 1.- Tipo de estudio.**

El tipo de estudio que se plantea para la realización del presente TFM es un estudio de tipo cualitativo, usando como método de investigación la encuesta. De entre los diferentes tipos de estudio cualitativo posibles, no se ha considerado oportuno realizar un trabajo etnográfico (de

observación desde diferentes perspectivas socioculturales con el pertinente análisis de los factores que determinan un determinado fenómeno), de investigación-acción (buscando analizar y resolver problemas con la participación activa de las personas participantes) o de teoría fundamentada (desarrollando teorías a partir de los datos recogidos o estudiados), sino fenomenológico, es decir, tratando de comprender desde la proximidad y la subjetividad el fenómeno vivido por las personas participantes en el estudio. Uno de los objetivos de esta investigación es precisamente ver cuál es la percepción subjetiva de la población que forma la muestra acerca de la atención ginecológica que reciben (ej: Número o porcentaje de personas que sienten subjetivamente que han sido mal informadas o atendida en los servicios de atención ginecológica...) Se busca una opinión, que es por tanto y por definición, subjetiva. Desde este punto de vista, la investigación cualitativa que se propone hunde sus raíces en el constructivismo, que defiende que la persona construye su realidad a partir de su propia experiencia personal y social. Este tipo de investigación cualitativa, de uso generalizado en las ciencias sociales, como la antropología o la educación, ha sido criticada por algunos autores (Cajide, 1992a; Berliner, 2002) por la dificultad de generalizar los resultados obtenidos a la población general o por la dificultad para reproducir empíricamente los resultados obtenidos a través de la experimentación.

Analizando el diseño de la presente investigación, y teniendo en cuenta el periodo de realización de la misma, el trabajo que se plantea es de tipo transversal, ya que se realiza en un momento concreto, proporcionando una instantánea de la percepción de las personas entrevistadas acerca del problema planteado en un momento concreto de su historia personal.

Tal como se ha indicado con anterioridad se va a emplear como método de investigación la encuesta, que dada su versatilidad (Casas Anguita et al., 2003) puede ser empleado tanto en investigaciones de tipo cuantitativo como cualitativo, y que puede utilizar diferentes tipos de herramientas para la recogida de datos, como cuestionarios y entrevistas. En el caso concreto de este trabajo se trata de una encuesta de tipo exploratorio.

#### **4.2.- Herramientas de recogida de datos.**

Como herramienta de recogida de datos principal se utilizará un cuestionario, “documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta” (Padilla, 1998 en Casas Anguita 2003), a través del cual se recogerán opiniones subjetivas de la muestra seleccionada, que es precisamente el objeto de la presente investigación. Lau et al. (2017) describen en detalle diferentes factores que han de tenerse en

cuenta en la realización de una investigación de este tipo, señalando diferentes tipos de encuestas teniendo en cuenta el propósito de las mismas (exploratorio, descriptivo o explicativo) y las características de diseño de las mismas teniendo en cuenta el periodo de tiempo que estudian, el grupo de encuestados, la elección de las variables de estudio, la forma de recopilación de los datos y el método de análisis empleado. Para la elaboración del cuestionario se han tenido en cuenta estas indicaciones generales, además de las de Casas Anguita (2003), que aunque están dirigidas a la realización de cuestionarios orientados a investigaciones cuantitativas, nos han resultado de gran utilidad por la claridad en las recomendaciones acerca de la redacción de las preguntas y a otras cuestiones de orden práctico como el orden y extensión del cuestionario. En el presente trabajo se empleará de forma preferente para la recogida de datos un cuestionario de elaboración propia (ANEXO I) de aplicación a través de Google Forms en el que se incluyen respuestas abiertas según la escala de Likter, cerradas o de respuesta múltiple (según el tipo de respuesta esperada), aunque también se utilizarán, como veremos más adelante, entrevistas semiestructuradas, con el fin de mejorar la credibilidad del estudio, al emplear diferentes métodos de toma de datos. Los cuestionarios son anónimos y se han realizado a través de Google Forms. A pesar de que en el propio cuestionario se indica cuál es el criterio de selección de la muestra, este tipo de cuestionarios tienen una fiabilidad relativa, ya que siempre existe la posibilidad de que la persona que lo cumplimenta no pertenezca a la población deseada.

El cuestionario ha sido validado por usuarios previamente a su distribución. Se ha pasado el cuestionario a un grupo de cinco personas pertenecientes a la población muestral para que se indicase si las preguntas les parecían claras, eran ambiguas o inducían las respuestas. Una vez realizada esta prueba, lo he pasado a las asociaciones.

La toma de datos se realiza a través de un cuestionario elaborado a través de Google Forms y difundido a través de redes sociales de asociaciones LGTBIQ+, y por medio de contactos personales durante los meses de julio y agosto de 2024. Se han recibido 153 cuestionarios. Este cuestionario (ANEXO 1) está formado por 16 preguntas con diferentes tipos de respuesta (casilla de verificación, selección de respuesta múltiple y respuestas cortas).

Las variables analizadas a partir del cuestionario planteado son:

- Datos sociodemográficos ( edad y tipo de actividad sexual)
- Prevalencia de la asistencia a la consulta ginecológica,
- Motivos de consulta ginecológica.
- Uso de servicios públicos o privados.

- Percepción de la calidad de la asistencia ginecológica recibida.
- Causas de incomodidad
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) Información general
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) Prevención
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) Prevalencia percibida.
- Salud reproductiva

Con el fin de minimizar el sesgo en la investigación, se ha planteado el llevar a cabo un proceso de triangulación empleando algunos de los recursos descritos en la literatura, como el uso de diferentes métodos de recolección de para disponer de una visión más equilibrada y completa del fenómeno estudiado. Se planteó en un primer momento la realización de un proceso test-pretest, es decir, pasar de nuevo el test a una muestra similar, y comparar los resultados obtenidos en los dos procesos, con el fin de validarlos, pero dado que se trata de una primera aproximación al problema, se ha descartado esta solución, optando por realizar una segunda parte de la investigación a través de entrevistas semiestructuradas.

De acuerdo con Henández-Samperi et al. (2010) las entrevistas cualitativas ha de cumplir una serie de características, entre las cuales parece relevante destacar las siguientes, que se han intentado respetar en la realización de las entrevistas:

- Han de ser flexibles, sin principio ni final definidos claramente
- Tanto las preguntas como el orden en que se realizan han de adaptarse a la persona entrevistada.
- La entrevista cualitativa suele tener un carácter amistoso, no formal.
- Es necesario tener en cuenta el contexto, el entorno en el que se realizará.
- Constará de preguntas abiertas y neutrales, buscando que la persona entrevistada pueda ofrecer sus opiniones, experiencias o perspectivas de forma no traumática y en su propio lenguaje. Las preguntas realizadas pueden ser preguntas generales, para ejemplificar, estructurales, de contraste, de opinión, de expresión de sentimientos...
- La persona que realiza la entrevista debe tener una actitud empática, de escucha, y mostrar interés por las respuestas y por la forma en que ésta se produce ( incluyendo no sólo el contenido sino también la propia narrativa de la misma)

En el presente trabajo se han empleado entrevistas semiestructuradas que son aquellas que se realizan a partir de una guía, a partir de la cual se produce una conversación, en la que la persona entrevistadora puede ir introduciendo cuestiones adicionales para recoger la información que considere necesaria. (Hernández , 2010)

Las entrevistas se realizaron de forma presencial en un entorno informal tras un encuentro en un evento formativo dirigido al colectivo de mujeres que tienen sexo con mujeres en el mes de abril de 2025. Las personas entrevistadas han sido tres mujeres pertenecientes al grupo que tomamos como muestra, dos de ellas lesbianas y una bisexual, de entre 29 y 42 años.

Se llevaron a cabo en un reservado de una cafetería, y se transcriben en el ANEXO II con el consentimiento verbal de las participantes, de manera fiel a la forma en que se desarrollaron, conservando elementos del lenguaje oral como interrupciones, reformulaciones y lenguaje coloquial, con el fin de reflejar la autenticidad y riqueza de las experiencias compartidas. Los apellidos han sido omitidos por respeto a la privacidad de las mujeres entrevistadas. Estas entrevistas permiten ilustrar con mayor detalle los obstáculos y situaciones vividas por este colectivo en el acceso a la atención ginecológica y a los servicios de reproducción asistida.

#### **4.3.- Selección de la muestra**

La muestra seleccionada es una cohorte compuesta por mujeres cis que tienen sexo con mujeres. Se ha excluido del estudio a las mujeres trans que han realizado cirugía de reasignación sexual, que serían susceptibles de revisiones ginecológicas, así como a los hombres trans, que no han realizado reasignación genital y que conservan vagina, útero y ovarios. Esta deliberada exclusión se debe a las características especiales de este colectivo, que debería ser objeto de un estudio específico. Por tanto, el estudio se realiza exclusivamente con mujeres cis lesbianas y bisexuales, así como aquellas que tienen otras opciones sexuales en las que tienen relaciones sexuales con mujeres.

En una investigación cualitativa como la que se realiza en el presente trabajo el tamaño de la muestra no se determina necesariamente partir de una fórmula fija, sino que se va determinando de manera flexible, considerando la factibilidad, el tiempo, los recursos, el acceso a las personas participantes, su colaboración y el objetivo de la investigación (León y Montero, 2020).

En este caso concreto, además, al no contar con datos acerca de la población de mujeres lesbianas y bisexuales existentes en Asturias, no es posible calcular el tamaño muestral a través de una fórmula. El tamaño de la muestra se ha determinado por tanto de forma arbitraria, al agotarse los contactos que cumplirán los requisitos para ser incluidas en el estudio. Se ha decidido acercar la investigación a aquellas mujeres (visibilizadas o no), que son accesibles a través de las asociaciones de personas LGTBIQ+ con las que la autora de este trabajo tiene contacto, aún a sabiendas de que esto produce un sesgo. Los resultados de la investigación serán por tanto relativos a la muestra del estudio, y no necesariamente extrapolables al conjunto de mujeres lesbianas y bisexuales.

El tipo de muestreo que se ha llevado a cabo en este caso es intencional, identificando y seleccionando a aquellas participantes que cumplan los requisitos de participación (que se identifiquen dentro del grupo de estudio). La selección de la muestra se ha realizado por tanto con un método de muestreo no probabilístico, ya que hemos seleccionado una población con características comunes y específicas orientadas al tema de estudio. En este caso concreto, la forma de muestreo ha sido de tipo “bola de nieve”, en el que sujetos conocidos, grupos u organizaciones han dado acceso a personas susceptibles de participar en el estudio. Este método resulta rápido, barato, con capacidad de reclutar poblaciones ocultas y de fácil implementación, pero presenta algunos problemas como el escaso control sobre errores de muestreo o el posible sesgo derivado de sobrerrepresentación de un determinado sector de la población.

En este momento de la investigación no se plantea la realización de un estudio sociodemográfico en profundidad de la muestra poblacional, más allá de la edad. Con esto indicamos que no se va a profundizar acerca de otras variables, como el nivel de estudios, si pertenecen a entorno rural o urbano, cómo se definen políticamente...Es posible que de estas variables puedan surgir datos interesantes, pero no es este el objetivo último del presente trabajo fin de master, aunque sin duda resultaría interesante de cara a investigaciones futuras.

#### **4.4.- Sesgos, transferibilidad, reflexividad y generalización de los resultados**

Una de las dificultades planteadas en la realización de estudios de tipo cualitativo como el presente podría radicar en la posibilidad de la existencia de sesgo, derivado del tipo de selección muestral que en una investigación de otro tipo podría desvirtuar la validez del mismo.

Sin embargo, no podemos olvidar que en la investigación cualitativa la elección de la muestra tiene precisamente como finalidad lograr un conocimiento profundo y detallado de un problema concreto que nos permita dar respuesta a la pregunta de investigación., con una fiabilidad que se basará, más que en la propia selección de la muestra o del tamaño de la misma, en la fidelidad del registro, análisis e interpretación de los resultados por parte de la persona investigadora.

Martínez-Salgado (2011) reflexiona sobre los problemas que supone la generalización de los resultados obtenidos por una investigación cualitativa en determinado contexto a otro similar poniendo en valor el denominado concepto de transferibilidad, un fenómeno que se relaciona con la descripción detallada de cada fenómeno en su propio contexto y que depende también de la reflexividad del sujeto investigador, entendida como la capacidad de seleccionar de forma adecuada la muestra, reproducir fielmente los resultados recogidos, analizarlos y crear una interpretación de los mismos, con una perspectiva que incluya la interpretación subjetiva que las personas participantes en el estudio tienen de su propia experiencia.

#### **4.5.- Tratamiento de datos**

Antes de comenzar la toma de datos de la investigación, y una vez decidido cuál será el objeto de la misma se inicia un proceso en el que es necesario tomar decisiones acerca de la recogida de los datos, la confidencialidad de los mismos (incluyendo la copia de seguridad de los mismos, o la destrucción de estos tras la realización del análisis si fuese necesario), y un plan de gestión informática de los datos recogidos, que permitan un análisis posterior. La coherencia y la eficiencia en la gestión de estos datos permitirán clasificar, describir, evaluar e interpretar los datos obtenidos, con el fin de obtener un resultado de la investigación que permita mejorar el conocimiento y que aporte a la comunidad resultados útiles, bien para la propia comunidad científica, bien para el colectivo que ha participado en la investigación, y por tanto para la sociedad.

El proceso de tratamiento de los datos cualitativos en la presente investigación se realiza de dos formas diferentes, teniendo en cuenta el origen de los mismos.

Por una parte, se realizará el tratamiento de los datos obtenidos a través del cuestionario de Google Forms, utilizando para ello las propias herramientas del sistema que permiten acceder a los resultados de forma global e individual, ver resúmenes y gráficos y descargar las respuestas con el fin de facilitar un análisis más pormenorizado y empleando esta información para tomar posteriormente decisiones informadas que permitan obtener unos resultados a partir de la toma de muestras realizadas.

Por otra parte, los datos desprendidos de las encuestas semiestructuradas realizadas se tratarán gracias al software gratuito de análisis cualitativo y de métodos mixtos QDA Miner Lite, una versión gratis y fácil de usar del software desarrollado por Provalis que permite trabajar con datos de texto, como las entrevistas que hemos empleado. Para poder utilizar este software es preciso un proceso previo, a partir del registro de las entrevistas, que podemos resumir del modo siguiente:

- Organización y preparación de los datos, que implica transcribir las entrevistas y crear documentos Word, que puedan ser reconocidos por el software
- Exploración de los datos. Leer las entrevistas tratando de encontrar patrones o ideas repetidas que servirán para categorizar los datos.
- Codificación de los datos. Creación de categorías, subcategorías y palabras clave, utilizando códigos organizados en una estructura de árbol que serán empleadas posteriormente para la identificación de temas, patrones o resultados recurrentes. Estos códigos pueden ser identificados con colores para poder asignarlos de forma fácil en el texto.

- Asignación de códigos. En el propio texto de la transcripción de las entrevistas, se asignan los diferentes códigos creados previamente.
- Análisis informático de los datos identificando la frecuencia de los códigos, de alguno o de todos ellos. El software mostrará cuántas veces aparece un determinado código y presenta un análisis de frecuencia de código con diferentes tipos de gráficos, y permitiendo la descarga de los resultados en tablas con formato XLS de barras, y permitiendo rescatar las partes de la entrevista codificadas.

Una vez que han sido identificadas las tendencias en cada uno de los procesos de toma de datos, es preciso realizar el análisis e interpretación de los resultados, describiendo los hallazgos derivados de la investigación de una forma adecuada, considerando posibles limitaciones y factores que puedan influir en los resultados.

## **5.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

El análisis cualitativo de los resultados obtenidos en la presente investigación nos servirá, una vez analizados los datos, para contextualizar y explicar la relación de las mujeres con los servicios sanitarios que prestan atención ginecológica en nuestro entorno, facilitando la comprensión de las experiencias, percepciones y comportamientos de las personas participantes en el estudio

### **5.1 Resultados del cuestionario**

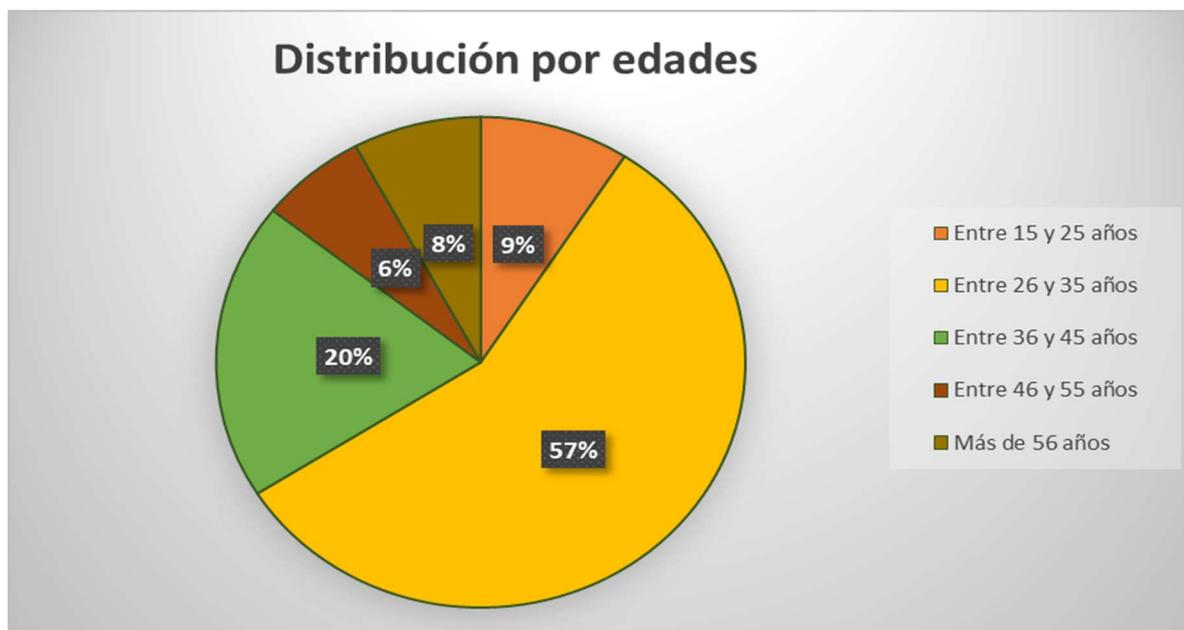
La muestra se ha compuesto por 153 mujeres (N=153). Del tratamiento estadístico de las respuestas ofrecidos por Google Forms se han desprendido los resultados siguientes, en los que n significa el número de mujeres que se incluyen en cada uno de los ítems.

#### **5.1.1.- Datos sociodemográficos**

Como se ha referido con anterioridad sólo se ha incluido en este estudio el ítem edad, distribuyéndolo en 5 grupos, que incluyen una horquilla de 10 años cada una, exceptuando las mayores de 56 años. La mayoría de las mujeres participantes son mujeres entre 26 y 45 años, siendo el grupo más numeroso el de las mujeres entre 26 y 35 años.

No se han incluido en el estudio otros rasgos sociodemográficos como status socioeconómico, nivel cultural, etnia, existencia o no de pareja estable, filiación política, o religiosa... que podrían ser objeto de estudio más pormenorizado. Se ha considerado que el objeto del presente estudio era simplemente una primera aproximación al problema planteado.

Gráfico1. Distribución de la muestra por edades



*Fuente: Elaboración Propia*

Respecto a las orientación sexual que reconocen las mujeres participantes que han respondido al cuestionario (Gráfico 2), el 51% (n= 78) se han reconocido como bisexuales, el 37,9% (n=58) se han definido como Lesbianas y el 11,1% (n=17), se han incluido en la categoría Otras, grupo en el que se han incluido otras opciones sexuales.

Gráfico 2. Orientación sexual.



*Fuente: elaboración propia*

### 5.1.2. Uso de la atención ginecológica.

A este colectivo de mujeres se les ha preguntado explícitamente por la asistencia a revisiones ginecológicas, presentando las siguientes respuestas. De las mujeres que afirmaron acudir en alguna ocasión al ginecólogo, incluyendo las que lo hacían solo si tiene alguna enfermedad o

molestia, el 66% (n=97) lo hacían través del servicio público de salud, mientras que el 34% (n=50) lo hacían de forma privada.

Gráfico 3- Asistencia a la consulta ginecológica.



Fuente: Elaboración propia

Respecto al motivo de la consulta ginecológica, se ha planteado la respuesta a través de un cuestionario de respuestas múltiples, que permitieran marcar más de una opción. Los resultados obtenidos se muestran en el gráfico 4

Gráfico 4. Motivos de consulta ginecológica.



Fuente : Elaboración propia

Dentro del grupo de las personas que no acuden nunca a la consulta de ginecología, un 16% (n=2) refieren que no acuden por haberse sentido mal atendidas en ocasiones anteriores, un 25% (n=3) refieren no hacerlo por no sentirse cómodas en la consulta, un 33% (N= 4) refieren que no lo hacen por miedo o vergüenza, un 33% ( n=4) refieren que su médico de familia les ha

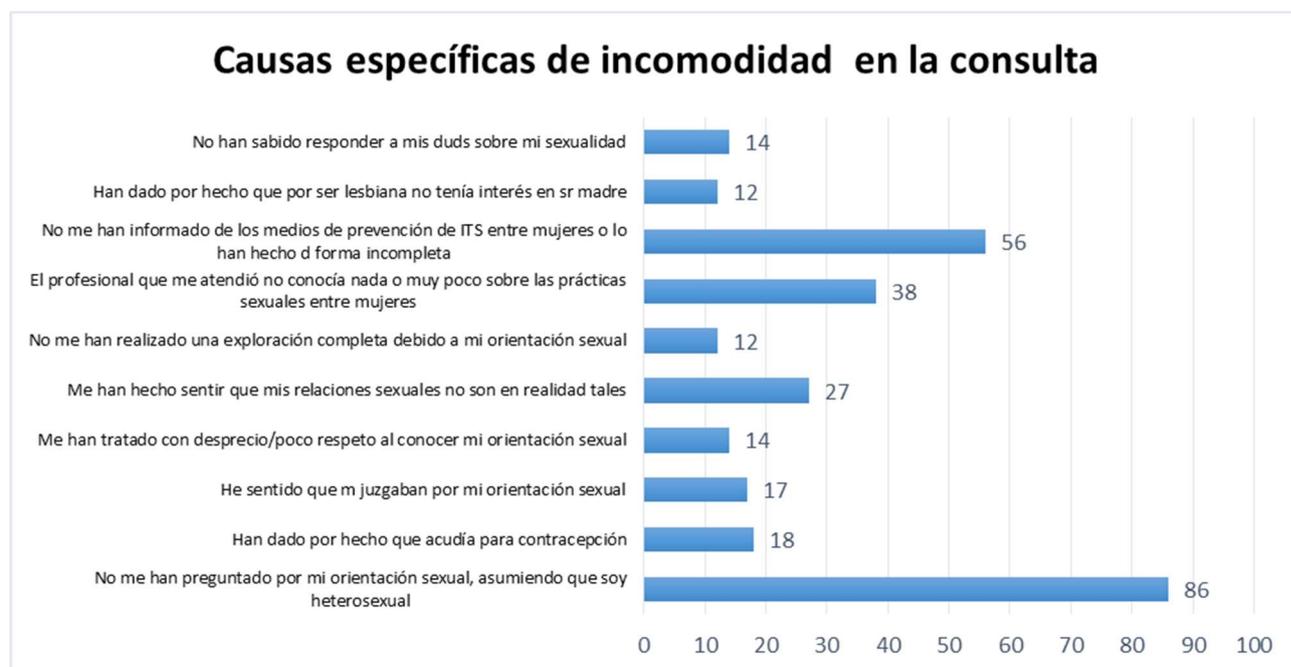
indicado que no es necesario y/o no les deriva a ginecólogo matrona y un 8,3% (n=1) indican que no acuden porque no creen que sea necesario.

De las 147 personas que acuden a revisiones ginecológicas, el 42,9% (n=63) refieren haberse sentido bien atendida en la consulta de ginecología, mientras que el 11,6% (n=17), refieren que no se han sentido bien atendidas. El 45,6% (n=67) refiere que sólo a veces se ha sentido bien atendida.

### 5.1.3. Los prejuicios en la Atención Ginecológica

En este apartado, se ha tratado de conocer cuáles son los motivos que han hecho sentir incómodas a las mujeres en la Consulta Ginecológica. Las respuestas propuestas orientan a los problemas que de forma específica describen las mujeres lesbianas y bisexuales en diferentes estudios previos, obviando aquellas que serían comunes a todas las mujeres.

Gráfico 5. Causas específicas de incomodidad en la consulta



*Fuente: Elaboración propia*

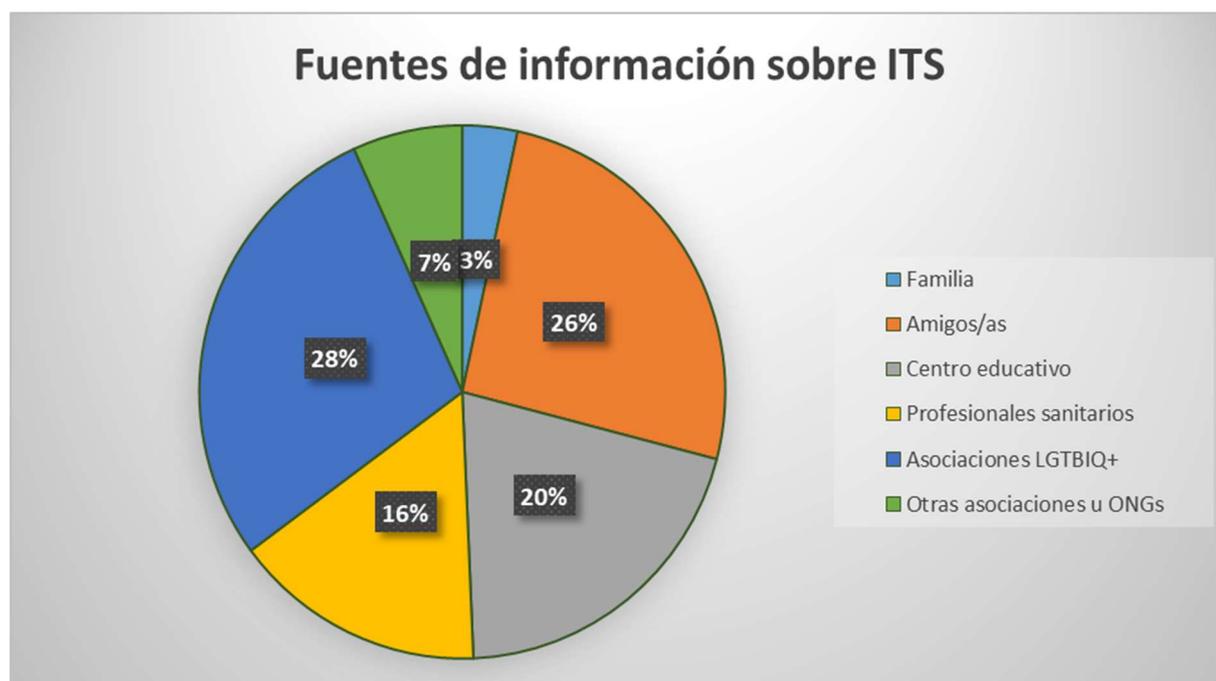
### 5.1.4. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

En este apartado, se ha preguntado a las participantes si creen tener información suficiente sobre las ITS, la forma de conseguir esa información, la prevención de las mismas y el conocimiento de la prevalencia de las mismas. El 51,6% (N=79) de las personas que han respondido el cuestionario indican que no creen tener información adecuada y el 59,9% (N=91) de las mismas refieren no usar protección frente a ITS en las relaciones. El 42% (N=64)

de las personas que han respondido a la encuesta refieren que conocen, o ellas mismas han padecido alguna ITS.

Respecto a la forma de recibir la información frente a ITS (Gráfico 6) encontramos que las asociaciones LGTBIQ+, las amistades, los centros educativos y personas profesionales de la atención sanitaria son las formas más frecuentes de obtener la información, siendo la familia el medio que menos información facilita, de acuerdo con los resultados recogidos.

Gráfico 6. Fuentes de información sobre ITS



. Fuente: Elaboración propia

### 5.1.5. Salud reproductiva

Hemos decidido incluir en este trabajo una pequeña parte relacionada con la salud reproductiva, teniendo en cuenta los últimos cambios legislativos incluidos a partir de la denominada Ley Trans, en la que se han producido algunos cambios relevantes relativos a este derecho de las mujeres lesbianas y bisexuales, especialmente en lo relacionado con la filiación de sus descendientes de primer grado.

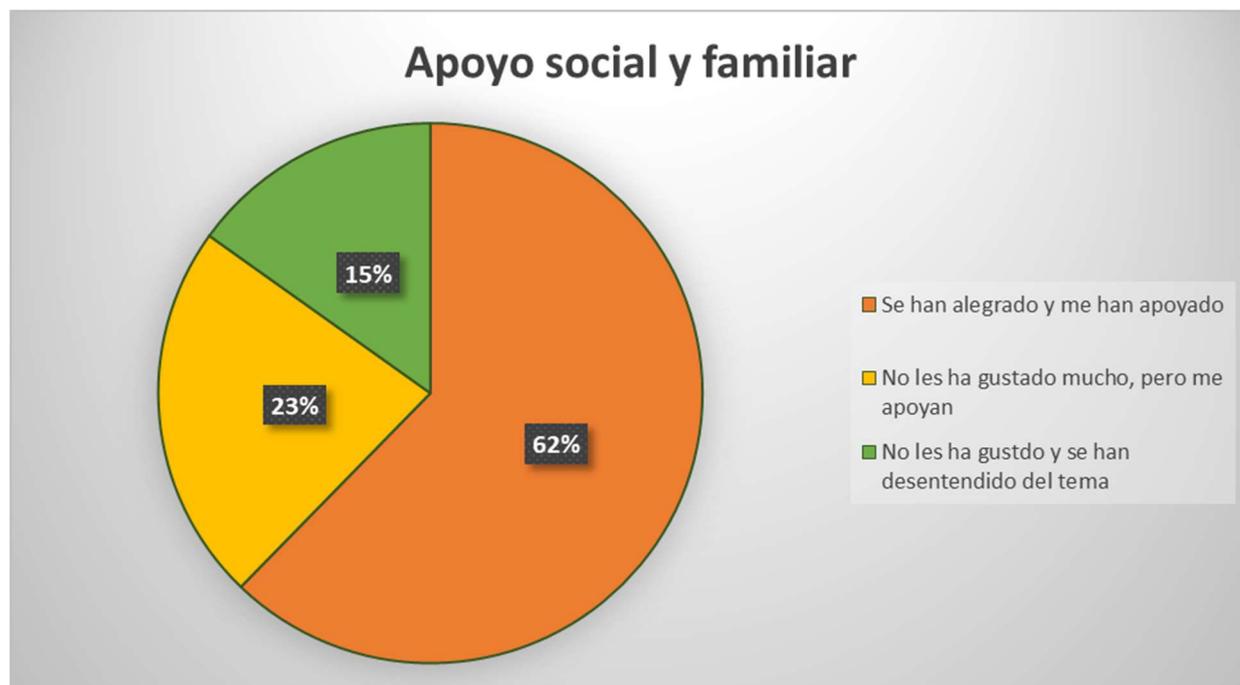
En el cuestionario se especifica que esta parte del mismo es de aplicación sólo para aquellas mujeres que han decidido ser madres en solitario o junto a otra mujer a través de un proceso de reproducción asistida. De las 47 mujeres que han respondido a esta parte del cuestionario, el 44,7% (n=21) han acudido tanto al servicio público de salud como a centros privados, mientras

que el 29,8% (n=14) han acudido a centros públicos y el 25,5% (n=12) lo han hecho en centros privados.

A la pregunta acerca de si se han sentido tratadas de forma diferente a otras mujeres por querer ser madre en solitario o con otra mujer, el 67% (n=29) han respondido que no han notado diferencias.

También se ha incluido una pregunta acerca del apoyo familiar y del entorno percibido ante la decisión de ser madres, de la que se han desprendido los resultados siguientes (Gráfico 7)

Gráfico 7. Apoyo social y familiar



*Fuente: Elaboración propia*

Para finalizar la encuesta se ha planteado una pregunta con un campo de respuesta abierta, libre, en el que las mujeres que lo desearon han podido indicarnos en qué forma se han sentido discriminadas.

Las respuestas que hemos obtenido abundan en los resultados que ya se habían detectado en los estudios internacionales a los que se ha tenido acceso, y hablan de una situación que será preciso analizar con más detalle. Se presentan a continuación un resumen de las respuestas más significativas obtenidas, agrupadas en diferentes secciones

➤ Animar a las mujeres a acudir a la sanidad privada.

*“La doctora me desanimó explicándome lo doloroso del proceso no solo física, mentalmente también por las esperas y que siendo mujer lesbiana mi novia y yo lo teníamos muy difícil sin*

*estar casada que tendríamos que adoptar una de las dos y que los años pasan y es mejor si se puede ir a lo privado o no hacerlo porque básicamente nos dijo que no lo íbamos a conseguir a tiempo”*

*“En la clínica privada no he sentido discriminación. En el sistema público si, constantemente asumían que era una mujer sola o una mujer a la que le acompañaba una amiga.”*

➤ Juicios sobre la capacidad de crianza

*“Cuestionamiento de mi capacidad de crianza o de la calidad de vida del menor por falta de figura paterna”*

*“Pusieron en duda mi capacidad de criar en solitario y me dijeron que era egoísta o que iba a ser mala madre por querer tener hijos independientemente de si tengo una ninguna o varias relaciones sentimentales”*

➤ Problemas con la filiación

*“Una vez nuestra hija ha nacido, tuvimos que soportar muchas veces la pregunta de quién es la madre. En el hospital no nos querían inscribir a nuestra hija, nos pedían que fuéramos al juzgado (tuvimos que poner una reclamación y recabar información legal para poder recibir el mismo trato que cualquier pareja)”*

➤ Actitudes discriminatorias

*“El doctor al conocer mi orientación sexual me miró mal y fue muy descortés en la exploración”*

*“Cuando mi mujer estaba en el proceso de reproducción, a mí no se dirigían para nada, como si no perteneciera a ese proceso, además teniendo todos mis datos un día la tenían que llamar por teléfono y como no lo cogió, llamaron a la madre en lugar de a mí , teniendo toda mi ficha y datos. Me pareció una falta de respeto grandísima”*

*“Por lesbiana, por mujer con discapacidad (que han dado por sentado que soy asexual) y solo dándome hormonas para el dolor menstrual”*

*“Me he sentido discriminada por mi orientación sexual y no he recibido el mismo trato por tener también sexo con mujeres”*

*“No dándome información adecuada en cuanto he dicho que estoy con una mujer”*

➤ Falta de formación/información de los profesionales

*“No hay conciencia ni interés sobre orientación sexual o prácticas entre mujeres; la atención en ginecología órbita en torno a los métodos anticonceptivos y la píldora es el quid de todo”*

*“En exploraciones vaginales no tienen en cuenta el tipo de relación sexual y no toman medidas suficientes para no hacer daño durante la exploración”.*

*“Mi médico de cabecera no sabía cómo empezar el tratamiento y me mandó al trabajador social, sin plantearse la matrona. Si estuviera con un hombre no me habría mandado ahí”.*

*“En España no hay oferta de información y ayuda antes de sexo, todo es después. Cuando quería hacer una revisión periódica de ITS mi médico me dijo no. Tuve que mentir y decir que tuve sexo sin protección con un pene para que me escuchara. Ahora hago mis revisiones cada año en otro país, no me juzgan y puedo cuidar mi salud ginecológica y sexual fácilmente, rápido y sin prejuicios. En España es tratar cuando ya tienes una enfermedad, necesitamos aumentar el salud preventiva”.*

*“No sólo me he sentido invisibilizada como persona bisexual, sino como mujer. Para ellos nuestra única preocupación está en que no dejemos que nos embaracen. Que nosotras tenemos la responsabilidad al 100%. Desde hace un tiempo que no voy por qué no me siento preparada, pero tampoco siento que el sistema sanitario lo haga cómodo.”*

## 5.2. Datos obtenidos de las entrevistas

El tratamiento de los datos contenidos en las entrevistas se ha realizado con el software QDA Miner lite. Para la codificación de los datos, que permitan extraer conclusiones de los mismos, se han creado las siguientes categorías, subcategorías y palabras clave, que se describen la Tabla 1.

Tabla 1. Categorización y códigos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PALABRAS CLAVE	DESCRIPCION
Identificación personal	Edad	De 15 a 25	
		De 26 a 35	
		De 36 a 45	
	Orientación sexual	Lesbiana	
		Bisexual	
Información percibida en el ginecólogo sobre conocimiento acerca de actividad sexual de mujeres que tiene sexo con mujeres	Conocimientos generales	Desconoce	Desconoce o evita hablar del tipo de práctica sexual
		Conocimientos básicos	Solo conoce relaciones de masturbación mutua, sexo oral o tribadismo

		Conocimiento intermedio	Conoce relaciones sexuales de mujeres que tienen sexo con mujeres, pero no contempla relaciones con penetración
		Conocimientos profundos	Conoce bien las relaciones sexuales de mujeres que tienen sexo con mujeres, incluyendo relaciones con penetración
	Información sobre profilaxis de ITS	Ninguno	
		Abstinencia/Reducción de parejas	
		Vacunación	
		Preservativos	
		Preservativo femenino	
		Barrera de látex	
Programas de detección precoz de cáncer ginecológico	cáncer de mama	No se realiza ni se recomienda	
		Se realiza o se recomienda	
	cáncer de endometrio/cérvix/vulva	No se realiza ni se recomienda	
		se realiza o se recomienda	

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

Atención sanitaria en consulta ginecológica general ( con o sin patología)	Percepción de la calidad de la atención	Negativa	Considera que la atención ha sido hostil o discriminatoria, o ha cambiado cuando se ha visibilizado
		Neutra	Atención profesional.
		Buena	Se ha interesado por la paciente y sus necesidades
		Muy buena	Se ha interesado por la paciente y sus necesidades, ofreciendo apoyo o información, incluso sin solicitarla expresamente
Salud reproductiva	Atencion en consula de fertilidad	Muy Mala	No se ha ofrecido información adecuada, se ha detectado discriminación
		Mala	Se han producido errores. La información ofrecida ha sido escasa o incompleta
		Regular	La información sólo se ofrece por petición expresa de la mujer.
		Adecuada	La atención es profesional, y similar a la de otras personas
		Excelente	Se tiene en cuenta de situación personal de la/las mujeres participantes en el proceso, dándoles información y haciéndolas sentir parte del mismo

Una vez realizada la codificación y análisis informático de las tres entrevistas realizadas se pueden encontrar algunos elementos interesantes en las mismas, que pasamos a describir.

### **5.2.1.- Información percibida en el ginecólogo sobre conocimiento acerca de actividad sexual de mujeres que tiene sexo con mujeres**

En las tres entrevistas, de forma significativa, las mujeres manifiestan que las personas que las atienden desconocen (77,8% de las respuestas) o tienen conocimientos básicos (11,1%) acerca de su actividad sexual. A lo largo de las entrevistas exponen cuestiones como las que presentan a continuación

*“Pues... incómoda, la verdad. Siempre dan por hecho que eres hetero...”*

*“Como si mi orientación no existiera o solo con mencionarla ya incomodara. Justo eso, como si la sexualidad lésbica no existiera, y si la nombras, incomoda.”*

*“Amables, sí, pero cero formación”*

*“...te preguntan si eres sexualmente activa por protocolo, pero hay muchas formas de serlo...o no”*

*“Cuando dije que era lesbiana, una médica me preguntó si entonces necesitaba que me explicara cómo se hacía una exploración”.*

*“No tienen formación sobre sexualidades diversas ni conciencia, están ahí para tratar, punto. No hay interés en otras cosas”.*

*“Cuando mencioné que mis relaciones sexuales eran con mujeres, me dijeron: “Entonces no necesitas preocuparte por eso”*

*“A los profesionales les diría que escuchen, que pregunten sin prejuicios y que dejen de asumir cosas sobre nuestros cuerpos o nuestras vidas”*

Tan solo en una de las entrevistas se percibe un conocimiento profundo acerca de las prácticas sexuales de mujeres que tienen sexo con mujeres, mostrando lo que hemos definido para la codificación como un conocimiento profundo

*“Y yo tuve suerte que me preguntaron si habitualmente tenía prácticas con penetración”*

### **5.2.2.- Información sobre profilaxis de ITS**

En este aspecto, los resultados de la encuesta, son claros. En las tres entrevistas han respondido que no se les ha ofrecido información alguna acerca de la prevención de las ITS, entendiendo que su condición de mujeres que tiene sexo con mujeres parece protegerlas frente al contagio. Cuando en un caso se preguntó explícitamente, la respuesta fue que debía practicar la abstinencia. En ninguno de los casos se les ofreció información acerca de otros métodos, ni siquiera en el caso de la mujer bisexual.

Adjuntamos en la tabla 2, un resumen de las partes del texto en que se hace mención a este apartado

Tabla 2 Información sobre profilaxis de ITS

Category	Code	Case	Text
informacion ITS	Ninguno	Entrevista Ana	Cero
informacion ITS	Ninguno	Entrevista Ana	solo me ofrecieron pruebas cuando dije que habia tenido relaciones con un hombre años atrás. Como si ese fuera el único riesgo válido
informacion ITS	Abstinencia/reduccion de parejas	Entrevista Ana	la mejor prevención era la abstinencia
informacion ITS	Ninguno	Entrevista Andrea	No, nunca. Siempre es el mismo patrón: si no hay pene, no hay ITS
informacion ITS	Ninguno	Entrevista Marina	Nunca. He tenido que aprenderlo por mi cuenta
informacion ITS	Ninguno	Entrevista Marina	Nadie te habla de cómo protegerte. Ni siquiera saben que existen métodos más allá del condón masculino

Fuente: QDA Miner lite. Elaboración propia

### 5.2.3.- Programas de detección precoz de cáncer ginecológico

En las entrevistas no se ha hecho mención explícita a las campañas de detección precoz de los cánceres ginecológicos más frecuentes (mama, endometrio y cérvix). Posiblemente, las consultas ginecológicas a las que se están refiriendo las mujeres entrevistadas sean las orientadas a la realización de citologías vaginales, dado que en cuerpo de las entrevistas se hace mención al uso del espéculo, y en una de ellas se indica explícitamente *“Por ejemplo una vez he recibido comentarios el tipo “¿Pero entonces te gustan los hombres o las mujeres?” En medio de una citología. Y yo con las patas abiertas ahí. Fuera de lugar totalmente”* (entrevista de Marina).

No obstante, dado que no se ha preguntado ni expresado de forma explícita, no es posible realizar un análisis de este apartado.

### 5.2.4.- Calidad de la atención sanitaria en consulta ginecológica general (con o sin patología)

Este apartado ha supuesto el mayor número de aportaciones por parte de las mujeres entrevistadas. El 93,3% de las respuestas en este apartado indicaban que la atención percibida era negativa, y un 6,7% neutra. Ninguna de las mujeres, refiriéndose a la atención ginecológica general (no referida a las consultas de fertilidad) ha calificado la atención percibida como buena o muy buena.

Gráfico 8. Calidad de la atención sanitaria en consulta ginecológica general



Fuente QDA Miner lite. Elaboración propia

A continuación se incluyen algunas de las expresiones que las personas entrevistadas han usado para calificar la atención ginecológica general.

*“como cada vez que vas te atiende alguien distinto, tengo que volver a salir del armario cada vez”*

*“si no has tenido relaciones con penetración deberían usar uno más pequeño, con más cuidado... por lo que tengo entendido. Pero al final eso queda al azar”*

*“Que se formen. Al gobierno que imponga cursos obligatorios de formación en diversidad para que aprendan a respetar al paciente”*

*“Tensa. Nunca he sentido que fueran espacios seguros”*

*“En vez de empatía, encontré ignorancia”*

*“Se ve que depende de cómo entres al servicio te ven como que les estás haciendo trabajar extra si quieres cuidar tu salud antes de que pase nada malo”*

*“...dejar de suponer, empezar a escuchar, y formarse. Que una mujer diga que es lesbiana o bisexual no debe convertirse en un momento incómodo. Que somos pacientes igual que cualquier otra mujer...”*

*“En general, he sentido mucha condescendencia”*

“...soy mujer bisexual y muchas veces he escuchado eso de “uy! el doble de opciones” o que “puedo elegir hacer mi vida con un hombre y así todo será más fácil”,

“...hubo cosas que no me han gustado. Por ejemplo una vez he recibido comentarios el tipo “¿Pero entonces te gustan los hombres o las mujeres?”

“...hubo cosas que no me han gustado”

“...si tienes sexo con hombres es que se olvidan totalmente de las enfermedades de transmisión sexual”

“Cuando me la dieron fue sin hacerme análisis, sin explicarme los efectos”

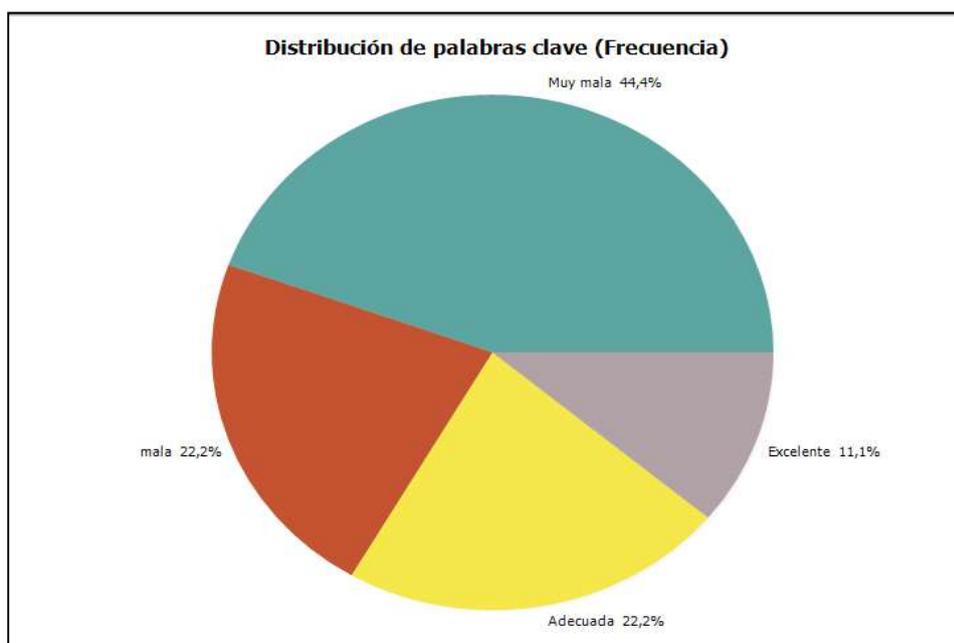
“La tratan como si fuera un complemento vitamínico, sin medir riesgos ni buscar otras causas. Cuando dejé de tomarla por mi cuenta, nadie me hizo seguimiento”.

### 5.2.5.- Salud reproductiva

Al analizar este aspecto, se observa que existe una clara diferencia entre los resultados referidos a la sanidad pública y la sanidad privada. En lo que se refiere a la sanidad pública, las calificaciones han sido, en todos los casos Muy mala o Mala, mientras que en lo que se refiere a la sanidad privada las calificaciones son de adecuadas y en un caso de excelente.

Detectar esta diferenciación ha sido posible gracias al pequeño número de entrevistas realizadas, dado que no se había previsto un indicador específico para diferenciar sanidad pública y privada. A la vista de los resultados, éste podría ser un dato a tener en cuenta en estudios sucesivos.

Gráfico 9. Atención en la consulta de salud reproductiva



Fuente QDA Miner lite. Elaboración propia

A continuación se transcriben algunas de las reflexiones realizadas a este respecto en las entrevistas realizadas

*“Como si mi orientación no existiera o solo con mencionarla ya incomodara. Justo eso, como si la sexualidad lésbica no existiera, y si la nombras, incomoda”.*

*“Terrible en la sanidad pública”*

*“El trato fue distante, burocrático, se olvidaron de nosotras dos veces. Yo quería poner una queja porque una pareja que conocemos entró y pasaba el tiempo y ya estaba en el proceso de inseminación cuando nosotras aun estábamos esperando todavía que me hicieran las pruebas iniciales. Casualmente esta pareja es hetero”*

*“Nadie te acompaña, ni te pregunta cómo estás”*

*“Fui a una clínica privada a preguntar, y ahí me ofrecieron una primera consulta gratis, me miraron y me dijeron que mi reserva ovárica era muy baja, a pesar de mi edad”*

*“Aunque el coste es muy alto, el trato ha sido diferente. Cuando pagas ya se sabe. Pero no hemos sentido prejuicio, y nos han tratado como una familia, no como un error estadístico.”*

*“...vi a muchas conocidas pasar por procesos horribles para nada”.*

*“Lo que veo desde fuera es que nadie te acompaña. Nadie te informa.”*

*“Muy bueno, la gente muy pesada, pero en la clínica la atención fue buena. Nada especial, como cualquier otro médico privado que estés pagando. Recibí muchos comentarios negativos por no querer intentarlo antes por la seguridad social”*

## **6.- CONCLUSIONES**

A pesar de que las políticas públicas en favor de la diversidad sexual y de género parecen haber tenido un avance notable en nuestro país en los últimos años, queda mucho camino por recorrer en el aspecto de la atención sanitaria, y más en concreto en la atención ginecológica.

Del resultado de la investigación realizada se desprende que un alto porcentaje de mujeres lesbianas y bisexuales estudiadas siguen percibiendo la atención ginecológica como algo ajeno, especialmente en lo que se refiere a la empatía de los profesionales, a su formación específica en los problemas y preocupaciones de las mujeres que tienen sexo con mujeres, al conocimiento y repuestas acerca de las prácticas sexuales de las mujeres no heteronormativas, a la promoción de la salud sexual y las necesidades de este grupo de mujeres de recibir atención en lo que se refiere a su legítima aspiración de formar una familia si así lo desean.

A la vista de los resultados obtenidos a través de la encuesta, sólo el 40% de las mujeres lesbianas o bisexuales concurre de forma habitual al ginecólogo/a, mientras que el resto sólo lo hace de forma ocasional, o si tiene molestias, obviando de este modo los controles necesarios para la prevención del cáncer, o la prevención de las ITS. Encontramos incluso mujeres que no acuden al servicio de ginecología (en el presente estudio un 7,8%) porque no lo creen necesario, cuando la realidad descrita por la producción de la comunidad científica parece indicar que, por ejemplo, la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama es mayor que en la población heterosexual,( en la que generalmente ha habido gestaciones, partos y/o lactancia, que actúan como factores protectores frente a este tipo de cáncer) o que existen determinadas ITS que presentan mayor prevalencia en las mujeres lesbianas y bisexuales que en la población de mujeres que mantiene relaciones heterosexuales.

De acuerdo con los resultados de la investigación realizada, una causa probable de esta falta de adherencia a la consulta ginecológica preventiva es que puedan existir, consciente o inconscientemente, resistencias a compartir la orientación sexual en este espacio, que se percibe como hostil. Un 86 % de las mujeres investigadas perciben como un motivo de incomodidad importante en la consulta de ginecología la “presunción de heterosexualidad” por parte del personal que les presta la atención sanitaria. La “salida del armario” que supone contar a un profesional cuáles son tus prácticas sexuales, tus preocupaciones o incluso tus dudas, puede convertirse en un momento difícil, especialmente cuando esta situación se produce en un entorno que se identifica como no seguro. Además, tal como se desprende de los resultados obtenidos, un 56% de las mujeres entrevistadas indican que las personas que las atienden en las consultas de ginecología demuestran (tácita o explícitamente) que desconocen o tienen información insuficiente acerca de las conductas sexuales de las mujeres que tienen sexo con mujeres y de sus necesidades específicas, por lo que las pacientes no se encuentran en condiciones de confiar en su profesional sanitario. Si esta situación se repite una y otra vez como puede suceder como consecuencia de la rotación del personal sanitario que se produce en nuestro sistema de salud, el problema se magnifica y se cronifica, disminuyendo la adherencia a los programas preventivos. Algunas pacientes, a pesar de que pudiera tener implicaciones médicas, ocultan a los sanitarios su orientación sexual por temor a una reacción lesbofóbica o discriminatoria que, de acuerdo con la investigación realizada, hasta un 27% de las mujeres no heterosexuales han sufrido en la consulta.

Otra forma de invisibilización o de discriminación percibida consiste en la minusvaloración de las relaciones sexuales entre mujeres. La percepción del 86% de las mujeres encuestadas de que el personal sanitario presupone por sistema la heterosexualidad se agrava cuando además,

un 38 % de las mujeres entrevistadas nos indican que los profesionales que las atienden desconocen que las mujeres lesbianas tienen, al igual que las heterosexuales, una gran variedad de prácticas sexuales, con una o varias parejas sexuales, con y sin penetración, con y sin el uso de juguetes sexuales. Este desconocimiento podría tener un efecto disuasorio en la realización de controles por parte de las mujeres, que no desean compartir sus experiencias o preocupaciones sexuales con agentes de salud que ni aceptan ni comprenden sus prácticas sexuales, afectivas o eróticas.

Las situaciones descritas podrían servirnos para justificar la ausencia de controles por parte de un alto porcentaje de mujeres que tienen sexo con mujeres, que según nuestro estudio supera 30% si sumamos a aquellas que nunca realizan controles y aquellas que sólo acuden al profesional sanitario cuando ya tienen un problema de salud. Esta situación de ausencia de control se convierte en un factor de riesgo añadido en la detección precoz de patología, no sólo por la falta de pruebas de screening sino también por la posibilidad de que puedan producirse incluso errores diagnósticos, ya que las lesiones típicas de una ITS en mujeres que tienen sexo con mujeres pueden aparecer en áreas no genitales.

Una de las conclusiones más llamativas de esta encuesta es precisamente la relacionada con la percepción del riesgo acerca de las ITS. Un 59,9% de las mujeres que han participado en el estudio refieren no utilizar protección en sus relaciones, a pesar de que un 42,5% conocen a alguien o han padecido ellas mismas una ITS. La baja percepción del riesgo sobre ITS es claramente uno de los problemas prevalentes en el colectivo. Sin duda, es uno de los campos a abordar de forma urgente.

En este sentido, y a la vista de algunos de los resultados obtenidos en la encuesta, las asociaciones LGTBIQ+ , que son en el momento actual la forma preferente de acceso a la información sobre ITS, su prevención y reducción de daños, pueden tener un papel fundamental en la promoción de la salud de este colectivo. El esfuerzo por visibilizar los problemas de la comunidad de personas diversas afectiva y sexualmente, y la lucha por la consecución de derechos desde el ámbito político, serán probablemente la forma de conseguir cambios en el ámbito sanitario, como lo han sido en el jurídico.

Una parte interesante de esta investigación, y que se ha visto reflejada de forma especial en las entrevistas realizadas es la referida a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres objeto de la presente investigación.

El principal problema en este aspecto parece ser el enfoque de la atención no tanto en el aspecto de salud integral como el propio rol reproductivo de las mujeres. La primera consulta al ginecólogo se produce generalmente en las mujeres heterosexuales al iniciar las relaciones

sexuales con hombres, en las que aparece el “riesgo” de un embarazo no deseado. Esta situación hace que, en numerosas ocasiones, las mujeres que tienen sexo con mujeres se vean obligadas, una vez más a explicar que el motivo de su consulta no es la contracepción, sino el cuidado de su salud. Sin embargo, y en contra de lo que sucede con una mujer heterosexual, cuando una mujer lesbiana o bisexual acude a una consulta de reproducción asistida, se ve en la necesidad de justificar de forma específica su deseo y su derecho a ser madre, de forma que, en ocasiones se sienten discriminadas con respecto a parejas heterosexuales en este proceso que nunca es fácil.

La mujeres lesbianas y bisexuales se han visto obligadas a crear sus propias estrategias de autocuidado y de prevención con respecto a la vivencia de su sexualidad, con la creación de redes de apoyo que no solo sirven de soporte en al ámbito de la salud sexual sino que han favorecido la creación de corrientes lesbofeministas que, más allá de las corrientes feministas clásicas, se ven en la necesidad de defender la aceptación del propio cuerpo y de la propia sexualidad, el rechazo de las estructuras de poder heteropatriarcales y capitalistas que definen cánones de belleza y comportamientos femeninos dependientes de una visión de la mujer como objeto.

La visibilización de las mujeres no heteronormativas en el entorno sanitario, al igual que sucede en otros entornos, no puede ser un ejercicio individual de cada una de las usuarias de los servicios de ginecología. Ha de ser una lucha transversal y global, que acompañe a la lucha por la realización de estudios clínicos con perspectiva de géneros, de servicios de atención especializada accesibles y seguros para todas las personas.

## **7.-PROPUESTAS DE MEJORA**

Los esfuerzos para mejorar la salud de lesbianas y bisexuales y disminuir su invisibilización pueden incluir muchas estrategias, entre las cuales se proponen, en línea con lo percibido en otros países especialmente de Latinoamérica en los que se han implementado o se están implementando medidas, las siguientes actuaciones:

- Evaluación del modo de recogida de los datos sanitarios y sociodemográficos incluyendo un enfoque de género interseccional.
- Realizar estudios descriptivos específicos de salud general en mujeres lesbianas y bisexuales, con el fin de poder implementar protocolos de actuación específicos, dirigidos a sus necesidades concretas.

- Realizar estudios descriptivos específicos sobre ITS en el colectivo de mujeres que tienen sexo con mujeres, con campañas de detección y tratamiento de ITS gratuitas y confidenciales en nuestra Comunidad Autónoma y en el conjunto del Estado.
- Promoción de la salud para el colectivo de mujeres que tiene sexo con mujeres, con campañas específicas de prevención del cáncer ginecológico y de mama.
- Promoción de la salud, con información y entrenamiento específicos para el colectivo de mujeres que tienen sexo con mujeres en el uso de medidas de prevención de ITS.
- Realizar formaciones específicas (incluso apoyándose en los colectivos LGTBIQ+ para ello) a los estudiantes de las profesiones médicas y profesionales sanitarios, con el fin de sensibilizarles, y dotarles de herramientas que les permitan mejorar el abordaje y la atención de las personas del colectivo.

## REFERENCIAS

- Araujo-Cuauro JC.(2019) Violencia obstétrica: una práctica oculta deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Es un problema de salud pública y de derechos humanos?. *Rev Mex Med Forense*. 2019;4(2):1-11. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87854>
- Basualto-Ormazábal, M.J. et al ( 2013) La consulta ginecológica: un desafío para las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile *MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad*, Vol. 8, N° 2, 2023 (Ejemplar dedicado a: Dones i professionals sanitaris: història, ètica i política), págs. 44-65. DOI: <https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num2.3>
- Belli, Laura F (2013): La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética / UNESCO*, n° 7, pp. 25-34. <http://hdl.handle.net/11336/12868>
- Berliner, D. C. (2002). Educational research: The hardest science of all. *Educational Research*, 31(8), 18-20. <https://doi.org/10.3102/0013189X031008018>
- Brandenburg, D. (2007). Breast Cancer Risk and Screening: A Comparison of Lesbian and Heterosexual Women. *Women & Health*, Vol 47, 109-130. [https://www.researchgate.net/publication/5815676\\_Breast\\_Cancer\\_Risk\\_and\\_Screening\\_A\\_Comparison\\_of\\_Lesbian\\_and\\_Heterosexual\\_Women](https://www.researchgate.net/publication/5815676_Breast_Cancer_Risk_and_Screening_A_Comparison_of_Lesbian_and_Heterosexual_Women)
- Brown, J. e. (2014). Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in. *Interface ( Botucatu)*, 8(51):673-84. [https://www.researchgate.net/publication/291302713\\_Gynecological\\_care\\_among\\_lesbians\\_and\\_bisexual\\_women\\_Notes\\_on\\_the\\_situation\\_in\\_Argentina](https://www.researchgate.net/publication/291302713_Gynecological_care_among_lesbians_and_bisexual_women_Notes_on_the_situation_in_Argentina)
- Buchmueller, T., & Carpenter, C. (2010). Disparities in Health Insurance Coverage, Access, and Outcomes for Individuals in Same-Sex Versus Different-Sex Relationships, 2000–2007. *American Journal in Public Health*, Vol 100 n° 3, 489-495. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.160804>
- Cajide, J. (1992a). La investigación cualitativa, tradiciones y perspectivas contemporáneas. *Bordón*, 44 (4) 357-373 <https://doi.org/10.15304/ie.34.10166>
- Calafell, N.(2015) La emergencia de la violencia obstétrica como modelo de mundo contrahegemónico. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* N° 10, 2015 - pp. 331-354 <https://doi.org/10.18002/cg.v0i10.1350>

Careaga, G., Valencia, J., Sandoval, B.( 2018) *Derecho a la salud, derecho de todas: aproximaciones multidisciplinares* proyecto “Derecho a la salud, derecho de todas: investigación aplicada en derechos humanos para el ejercicio del derecho a la salud y el derecho a una vida libre de violencia de lesbianas y mujeres bisexuales” el Clóset de Sor Juana A.C., con el apoyo del Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México, en el marco del Programa de Coinversión para el Desarrollo Social de la Ciudad de México.  
<https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD75098.pdf>

Casas Anguita J, et al.(2003)La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I) *Aten Primaria* 2003;31(8):527-38  
<http://www.unidadocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>

Cochran, S. D., Mays, V. M., Bowen, D., Gage, S., Bybee, D., Roberts, S. J., ... White, J.(2001). Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *American Journal of Public Health*, 91(4), 591–597.  
<http://doi.org/10.2105/AJPH.91.4.591>

Constitución española (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).  
[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Curmi, C. e. (2014). Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study . *BMC Womens Health*,14:153.

[https://www.researchgate.net/publication/269721221\\_Lesbians'\\_attitudes\\_and\\_practices\\_of\\_cervical\\_cancer\\_screening\\_A\\_qualitative\\_study](https://www.researchgate.net/publication/269721221_Lesbians'_attitudes_and_practices_of_cervical_cancer_screening_A_qualitative_study)

Espacio de Articulación Lésbica (2006). *Cambiamos las preguntas: campaña nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud* [Internet] 2006  
<https://produccioneslesbofeministas.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/55006699-cambiamos-las-preguntas-campana-salud-para-lesbianas.pdf>

Fernández del Castillo, I. (2015) *La preparación al parto como arma de domesticación masiva*, disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/27044-la-preparacion-al-parto-como-arma-domesticacion-masiva.html>

Fernández-Pujana, I. (2014) *Feminismo y maternidad ¿Una relación incómoda?*

Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer

[https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_subvencionadas2/es\\_def/adjuntos/feminismo.maternidad.relacion.incomoda.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_subvencionadas2/es_def/adjuntos/feminismo.maternidad.relacion.incomoda.pdf)

Fornes, V. (2014): Violencia obstétrica: cuerpo disciplinado, sexualidad castigada.

<https://www.agenciapacourondo.com.ar/sociedad/violencia-obstetrica-cuerpo-disciplinado-sexualidad-castigada>

García., E. M. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. *Tesis doctoral*.

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf)

Giberti, E. (2003). El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y Partos.

<http://www.evagiberti.com/el-poder-hegemonico-del-medico-en-situacion-de-embarazos-y-partos>

Guerrero, A. (2018) Salud sexual lésbica y la invisibilización del estado. Tesis doctoral

<https://repositorio.unab.cl/server/api/core/bitstreams/95ead50f-2d32-48f6-a2b9-a04b9804220b/content>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Recolección y análisis de los datos cualitativos (pp. 394-466). En Metodología de la Investigación (6.<sup>a</sup> ed.). México: McGraw-Hill.

<https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>.

ILGA (2007). “La Salud de las Lesbianas y. Mujeres Bisexuales: Cuestiones. Locales, preocupaciones comunes” en *Luchando, Edición trimestral L, Bruselas, Bélgica, pp.6–68*

Instituto de las mujeres (2022) *Infografías feministas In\_mujeres. Salud y género n° 1 dic 2022*

[https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer\\_es\\_Numero1\\_web.pdf](https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer_es_Numero1_web.pdf)

Kavanaugh-Lynch, M. E. (2002). Correlates of Lesbian Sexual Orientation and the Risk of Breast Cancer. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association* , Vol. 6, pag 91-95.

DOI:[10.1023/B:JOLA.0000011064.00219.71](https://doi.org/10.1023/B:JOLA.0000011064.00219.71)

Lau F. (2017) *Chapter 13 Methods for Survey Studies. In: Lau F, Kuziemy C, editors. Handbook of eHealth Evaluation: An Evidence-based Approach* [Internet]. Victoria (BC):

University of Victoria; 2017 Feb 27. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481602/>

León, O. y Montero, I. (2020). *Métodos de investigación en psicología y educación: las tradiciones cuantitativa y cualitativa*. 4a Ed., McGraw-Hill Interamericana, (2020)

Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. (BOE núm. 51, de 1 de marzo de 2023, páginas 30452 a 30514) <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4>

Martínez-Salgado, C. (2012) El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y saúde coletiva* 17(3): 613-619 en <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?format=pdf&lang=es>

Meads, C., & Moore, D. (2013). Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC public health*, 13, 1127. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1127>

Obón-Azuara, B. Vergara-Maldonado, C., Gutiérrez-Cía, I, Iguacel, I., & Gasch-Gallén, Á. (2022). Gaps in sexual health research about women who have sex with women. A scoping review. *Gaceta Sanitaria*. Volume 36, Issue 5, September–October 2022, Pages 439-445. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.008>

Padilla JL, González A, Pérez C. (1998) Elaboración del cuestionario. En: Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C, editores. *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Editorial Síntesis 1998; p.115-40.

Rodríguez-Mir, J. (2020) La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta sanitaria*. Vol 35 n° 3 pp 211-2021. DOI: [10.1016/j.gaceta.2020.06.019](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019)

Unanue, M. (2014). Social Exclusion and the Stigmatization of Lesbians. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 161 , 77-81. [https://www.researchgate.net/publication/272381236\\_Social\\_Exclusion\\_and\\_the\\_Stigmatization\\_of\\_Lesbians](https://www.researchgate.net/publication/272381236_Social_Exclusion_and_the_Stigmatization_of_Lesbians)

Vergara Sanchez, P. (2013). El viaje de las invisibles. Manifestaciones del Régimen Heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas. *Tesis doctoral*. Mexico, DF, Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana.

## ANEXOS

### ANEXO I. CUESTIONARIO

#### 1.- Datos poblacionales

*Importante: La encuesta es de aplicación a mujeres cis que tienen sexo con mujeres. Si no perteneces a este grupo, no debes responder, ya que la muestra poblacional que buscamos sólo contempla al grupo antes descrito. En todo caso, gracias por tu interés.*

1.- ¿En qué rango de edad estás?

*Marca solo un óvalo.*

Entre 15 y 25 años

Entre 26 y 35 años

Entre 36 y 45 años

Entre 46 y 55 años

Más de 56 años

2.- ¿Cuál es tu orientación sexual?

*Marca solo un óvalo.*

Lesbiana

Bisexual

Otras

#### 2.-Uso de la atención ginecológica

3.- ¿Acudes a revisiones ginecológicas?

*Marca solo un óvalo.*

Sí, de forma periódica

Sí, de forma ocasional

Sólo si tengo alguna enfermedad o molestia

No, nunca *Salta a la pregunta 6*

#### 4.-Tipo de atención ginecológica recibida

*Marca solo un óvalo.*

- Pública
- Privada

### 3.- Motivos de consulta ginecológica

*Indica, marcando una o varias casillas, tu respuesta*

#### 5.-¿Has consultado con tu especialista sobre estos temas?

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Ciclo menstrual (alteraciones del ciclo, sangrados, dolor, consejo sobre el uso de tampones, copa menstrual...)
- Alteraciones perimenopáusicas (sequedad, dolor, sofocos...)
- Patologías ginecológicas (Miomomas, endometriosis,...)
- Higiene íntima
- Infecciones de transmisión sexual
- Prevención de ITS ( incluida vacunación )
- Prácticas sexuales
- Planificación familiar
- Deseo de maternidad
- Prevención del cáncer ginecológico
- Otras patologías (prolapso uterino o vesical, incontinencia urinaria...)

*Salta a la pregunta 7*

**4.- Motivos de la falta de uso**

*Responde marcando una o varias casillas*

6.- ¿Por qué no acudes de forma regular al ginecólogo?

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Me he sentido mal atendida en ocasiones anteriores
- No me siento cómoda en la consulta
- Creo que no es necesario
- No tengo acceso a atención ginecológica
- Me da vergüenza/miedo
- Mi médico de familia me ha dicho que no es necesario y no me deriva

**5.- Percepción de la calidad de la atención ginecológica**

7.-¿ Te has sentido bien atendida en la consulta de ginecología?

*Marca solo un óvalo.*

Si

No            *Salta a la pregunta 8*

A veces      *Salta a la pregunta 8*

**6.- Los prejuicios en la atención ginecológica**

*Describe, marcando una o varias casillas*

8.- ¿Qué es lo que te ha hecho sentir incómoda?

*Selecciona todos los que correspondan.*

- No me han preguntado por mi orientación sexual, asumiendo que soy heterosexual
- Han dado por hecho que acudía para contracepción
- He sentido que me juzgaban por mi orientación sexual
- Me han tratado con desprecio/ poco respeto al conocer mi orientación sexual
- Me han hecho sentir que mis relaciones sexuales no son en realidad tales
- No me han realizado una exploración completa debido a mi orientación sexual
- El/la profesional que me atendió no conocía nada o muy poco sobre las prácticas sexuales entre mujeres
- No me han informado de los medios de prevención de ITS entre mujeres o lo han hecho de forma

incompleta

Han dado por hecho que por ser lesbiana no tenía interés en ser madre

No han sabido responder a mis dudas sobre mi sexualidad

### 7.-Infecciones de transmisión sexual

9.- ¿Crees que tienes información adecuada sobre ITS?

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

10.-¿Cómo has recibido la información que tienes?

*Marca solo un óvalo.*

- Familia
- Amigos/as
- Centro educativo
- Profesionales sanitarios
- Asociaciones LGTBIQ+
- Otras asociaciones u ONGs

11.- ¿Usas protección frente a ITS en tus relaciones?

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

12.- Conoces a alguna mujer lesbiana o bisexual (o tú misma) que haya tenido una ITS

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

### 8.- Salud reproductiva

*Este apartado está pensado para mujeres que han decidido ser madres y han iniciado un*

*proceso para serlo en solitario o junto a otra mujer, a través de un proceso de reproducción asistida. Si no es tu caso, por favor no respondas.*

13.¿Cómo ha reaccionado tu familia/entorno al conocer tu decisión?

*Marca solo un óvalo.*

Se han alegrado y me han apoyado

No les ha gustado mucho, pero me apoyan

No les ha gustado y se han desentendido del tema

14.- ¿A qué tipo de servicio de reproducción asistida has acudido/piensas acudir?

*Marca solo un óvalo.*

Público

Privado

Ambos

15.-¿ Has sentido que te atendían de forma diferente a otras mujeres por querer ser madre en solitario o con otra mujer?

*Marca solo un óvalo.*

- Sí      *Salta a la pregunta 16*
- No

## **9.-La discriminación en la reproducción asistida**

16.-¿ De qué forma te has sentido discriminada?

---

## ANEXO II ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

**Entrevista 1**

*Ana, 38 años, lesbiana, pareja estable*

**Entrevistadora:** *Hola Ana. Como sabes, estoy realizando mi Trabajo Fin de Máster sobre la atención ginecológica a mujeres lesbianas y bisexuales. Quiero agradecerte tu tiempo. Ya estoy grabando, así que antes de nada tengo que preguntarte si estás de acuerdo en participar libremente y sin contraprestación económica en esta entrevista.*

**Ana:** *Sí, por supuesto, ya lo sabes. Yo encantada de ayudarte en todo lo que pueda, que también soy activista.*

**Entrevistadora:** *Genial. Pues si te parece empezamos. ¿Cómo ha sido tu experiencia general en las consultas ginecológicas?*

**Ana:** *Pues... incómoda, la verdad. Siempre dan por hecho que eres hetero, eso de la presunción de heterosexualidad... Y claro, como cada vez que vas te atiende alguien distinto, tengo que volver a salir del armario cada vez. Una vez... esto me marcó mucho... la enfermera me preguntó si tenía pareja, y yo le dije que sí, que se llamaba Marta. No sé si fue por simpatía o para rellenar datos, pero cuando le dije el nombre se le cambió la cara. Se quedó callada y de repente parecía que tenía mucha prisa. Fue muy incómodo. Es como si, al nombrar mi sexualidad, todo el buen rollo que se había creado se cortara de golpe. Como si mi orientación no existiera o solo con mencionarla ya incomodara. Justo eso, como si la sexualidad lésbica no existiera, y si la nombras, incómoda.*

**Entrevistadora:** *¿Y te han ofrecido información adecuada sobre salud sexual o prevención de ITS?*

**Ana:** *Cero. Es más porque ya iba advertida y pedí pruebas diciendo que había tenido prácticas de riesgo, sino ni me las hacen. Y yo tuve suerte que me preguntaron si habitualmente tenía prácticas con penetración, algunas amigas mías también lesbianas han tenido experiencias muy desagradables con “el patito”. De hecho, solo me ofrecieron pruebas cuando dije que había tenido relaciones con un hombre años atrás. Como si ese fuera el único riesgo válido. Y una vez pregunté por prácticas seguras entre mujeres y... [ríe un poco] me dijeron riendo que la mejor prevención era la abstinencia. Luego añadieron que podían buscar algo de información y enviármela por email. Fue...*

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

*no sé, raro. Amables, sí, pero cero formación. Me sentí muy sola y muy muy...emm...expuesta. Sí.*

**Entrevistadora:** *¿Y en cuanto al “patito”, que supongo que es el espéculo no?*

**Ana:** *Eso, que no me salía el nombre (se ríe nerviosa)*

**Entrevistadora:** *En cuanto al espéculo, comentaste antes una anécdota...*

**Ana:** *Sí, como dije antes, el “patito”. Pues mira, ¿ves que hay de varios tamaños?, y si no has tenido relaciones con penetración deberían usar uno más pequeño, con más cuidado... por lo que tengo entendido. Pero al final eso queda al azar, no sé si es que es más difícil o qué pasa, pero depende de quién te toque se toman la molestia o te meten el de siempre, sin preguntar. Bueno, te preguntan si eres sexualmente activa por protocolo, pero hay muchas formas de serlo...o no (se ríe nuevamente). Es una pregunta sencilla que no tardarían ni un minuto en hacer, y para las que no están acostumbradas a la penetración puede hacer que cojan miedo a ir al gine. Como te decía, conozco alguna que no ha vuelto.*

**Entrevistadora:** *Vale. Estáis intentando ser madres por inseminación artificial, ¿Te parece contarme cómo está siendo el proceso en vuestro caso?*

**Ana:** *Terrible en la sanidad pública (pausa)*

*Te lo cuento todo. Mira, desde el principio, cuando decidimos tener un bebé, yo fui quien empezó el proceso. Nuestro plan era quedarme yo embarazada y luego darle un hermanito o hermanita quedándose mi pareja, si todo salía bien. Luego ya ves como salió. Nos pusieron todas las trabas posibles. Desde la primera consulta nos dijeron que el proceso sería largo, que quizá no cumplíamos requisitos, que tenían que mirar... que ya nos llamarían. Sorpresa, no nos llamaron, tuvimos que insistir nosotras...(pequeña pausa para beber).*

*El trato fue distante, burocrático, se olvidaron de nosotras dos veces. Yo quería poner una queja porque una pareja que conocemos entró y pasaba el tiempo y ya estaba en el proceso de inseminación cuando nosotras aun estábamos esperando todavía que me hicieran las pruebas iniciales. Casualmente esta pareja es hetero que cosas... Pero Marta no quería quejarse porque dice que es ponerse a los médicos en contra.*

**Entrevistadora:** *Vaya que cosas, lo siento*

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

**Ana:** *Ahora ya está más por la labor de hacer denuncia pública porque van muchos “errores”. Sentimos que no eramos bienvenidas en ese camino. En una cita nos insinuaron..bueno, nos dijeron directamente que porqué mejor no adoptábamos, pero nadie te explica cómo hacerlo. No creo que sea un espacio donde deben juzgar porqué tomas una opción u otra, son gente que no te conoce. Como sabes nosotras ya habíamos mirado para adoptar y te piden muchas cosas. Además siempre está ese riesgo, bueno, o miedo mas bien, de que aparezca la familia biológica y reclame y...*

*También, mi pareja tenía mucha presión familiar para tener un hijo biológico. Eso obvio influyó porque si ella lo iba a tener pues no queríamos que hubiese diferencias entre hermanos.*

**Entrevistadora:** *¿Llegasteis a intentarlo?*

**Ana:** *¿El qué, la adopción?*

**Entrevistadora:** *No, no. Me refiero a la reproducción asistida, es para que me lo cuenten...si quieres.*

**Ana:** *Sí, dos veces. Fracasaron. Fue un golpe brutal. Nadie te acompaña, ni te pregunta cómo estás. Solo te preparan para la siguiente ronda, además tampoco hay seguimiento entre intentos. Cuando no nos llamaron para darnos cita para la tercera vez tuve que llamar yo y me dijeron que había sido cancelado sin motivo, me vine abajo. Fue muy frustrante porque no sabía o no quería decirme cuanto tardarían en llamarme otra vez y yo soy bióloga y si interrumpes la hormonación estoy segura que influye en el proceso.*

**Entrevistadora:** *Si hay algo que no quieres contar está bien ¿eh?*

**Ana:** *Ya, sí, no pasa nada, prefiero que quede todo registrado.*

**Entrevistadora:** *Está bien, pues continua si quieres.*

**Ana:** *Pues estaba preocupada por mi salud por interrumpir la hormonación de golpe y eso, así que fui por mi cuenta a una clínica privada a preguntar, y ahí me ofrecieron una primera consulta gratis, me miraron y me dijeron que mi reserva ovárica era muy baja, a pesar de mi edad. Que yo tenía 32 años solo. Fue un mazazo Mi mujer no quiso acompañarme a esta prueba porque tenía miedo que le dijese algo en el trabajo. Esto también creo que las parejas heterosexuales no tienen tanto miedo a pedir el día, pero igual es idea mía...En fin cuando me lo dijeron me sentí culpable, vacía, inútil... creo*

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

*que describe mejor. Al menos fui acompañada porque cuando me dijeron eso me quede un poco en shock.*

**Entrevistadora:** *¿Qué paso después?*

**Ana:** *Pues pasó el tiempo y no cancelamos la cita del siguiente intento y decidimos ir a la consulta como si no hubiese pasado nada y una vez allí enseñarles esos resultados a ver que decían. En ese mismo día me recomendaron parar y nos dieron la opción de que fuese mi pareja la que pasase por ese proceso. Es lo único bueno que puedo decir de mi experiencia en lo público, que el cambio de una a otra fue muy rápido y no hubo problemas para esto. En el mismo día “pim pam” estaban mirándola para empezar con ella.*

*Mi mujer está ahora intentándolo, hemos hecho 5 intentos en la sanidad pública, pero dos no deberían haber contado ya que uno no entro el material o algo falló nos explicaron y otro les aprecio de nuevo como cancelado por nosotras en el sistema y “lo perdimos”. A nosotras directamente no nos llegó la citación, así que considero que hicimos solo tres intentos. Ahora estamos por lo privado porque interrumpieron sin ninguna explicación varios meses y entre una cosa y otra los años pasan, llevamos con este proceso cinco años y yo no quiero ser madre y parecer la abuela.*

**Entrevistadora:** *Y en la sanidad privada, ¿Cómo está siendo el trato, el proceso..?*

**Ana:** *Mejor. Un poco lo que esperábamos. Aunque el coste es muy alto, el trato ha sido diferente. Cuando pagas ya se sabe. Pero no hemos sentido prejuicio, y nos han tratado como una familia, no como un error estadístico. Al menos allí nos explican opciones reales, nos dan tiempos, y se dirigen a nosotras como dos madres posibles. Además hacen un seguimiento hormonal real y se preocupan si los sangrados de la regla cuando los intentos fallan son muy abundantes, cosa que en la seguridad social ni siquiera preguntaban. No es perfecto, pero se agradece el respeto. Aún no hemos hecho más que un intento y tenemos tres pero nos da bastante más esperanza ver que hay un seguimiento real de los ciclos hormonales y los cambios en el cuerpo de mi mujer. En la pública a veces parecía solo un instrumento más, y a mí me preocupan también sus cambios, porque los hay (pausa)*

**Entrevistadora:** *¿Qué mensaje te gustaría dejar a las personas que trabajan en estos servicios y a otras mujeres que temen acudir por miedo a ser discriminadas?*

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

*Ana: Al personal sanitario que por favor dejen de hacernos sentir incómodas por existir. Que se formen. Al gobierno que imponga cursos obligatorios de formación en diversidad para que aprendan a respetar al paciente. Y a las demás mujeres... que no están solas. Que hay redes, que busquen en grupos de Facebook, otras madres que han pasado por lo mismo, que podemos apoyarnos mutuamente y que tenemos que organizarnos para exigir medidas que nos garanticen tener una atención apropiada cuando vayamos a los centros de salud.*

**Entrevista 2**

*Marina, 29 años, Bisexual, sin pareja*

**Entrevistadora:** *Hola Marina. Gracias por acceder a esta entrevista. Forma parte de un Trabajo Fin de Máster sobre salud ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales. Quiero saber si estás de acuerdo en responder a unas preguntas relacionadas con tu experiencia personal. ¿Te parece bien?*

**Marina:** *Sí, encantada de poder aportar.*

**Entrevistadora:** *¿Qué tal ha sido tu experiencia con las consultas ginecológicas?*

**Marina:** *Muy desigual. En general, he sentido mucha condescendencia. Como si me tuvieran que explicar las cosas más veces por no tener un hombre al lado, iba sola a las consultas porque me daba vergüenzilla por si algo salía mal, soy mujer bisexual y muchas veces he escuchado eso de “uy! el doble de opciones” o que “puedo elegir hacer mi vida con un hombre y así todo será más fácil”, así que no quería contarle a nadie mis intenciones. Al final tuve que decirlo en el trabajo porque eso de pedir permisos por mucho que diga la ley, la intimidación no existe hoy día. Luego ya lo supieron mis padres y mi ex que es mi mejor amiga, pero no se lo conté a nadie más hasta que estaba embarazada.*

**Entrevistadora:** *Vamos por partes Marina, agradezco tanto entusiasmo pero sino me voy a liar luego pasando a escrito la entrevista ¿Cómo describirías tu experiencia en las consultas ginecológicas?*

**Marina:** *Perdona sí, pues lo que te estaba diciendo, que depende de quién te toque el día que tenga. En general si tuviera que poner una nota le daría un aprobado, pero hubo cosas que no me han gustado. Por ejemplo una vez he recibido comentarios el tipo “¿Pero entonces te gustan los hombres o las mujeres?” En medio de una citología. Y yo con las patas abiertas ahí. Fuera de lugar totalmente. No parece importar que estés allí por algo importante o rutinario; para algunas profesionales lo más relevante es encasillarte. Un número, rellenar su ficha y next.*

**Entrevistadora:** *¿Te han hablado sobre prevención de ITS?*

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

**Marina:** *Nunca. He tenido que aprenderlo por mi cuenta. Cuando mencioné que mis relaciones sexuales eran con mujeres, me dijeron: “Entonces no necesitas preocuparte por eso.” Eso es mentira. Lo busque por Google. Las ITS también se transmiten entre mujeres. Nadie te habla de cómo protegerte. Ni siquiera saben que existen métodos más allá del condón masculino. Y aprovecho para quejarme de que son pocos, tenían que inventar algo mejor. Yo sé de buena tinta que muchas mujeres cuando tenemos sexo con mujeres no nos protegemos porque hay pocas opciones y son caras, una barrera de latex te vale casi diez euros y los guantes parece que te vas a poner a fregar, sin embargo condones tienes de sabores hay geles con espermicida formas texturas...Para las chicas hay poca variedad, o al menos que yo conozca y mira que me gusta el tema. Hay una falta total de información en ese aspecto.*

*Además que si tienes sexo con hombres es que se olvidan totalmente de las enfermedades de transmisión sexual. Te dan la píldora para todo, igual hacen un comentario de vez en cuando pero todo se centra en que tus reglas sean regulares y que la maternidad este planificada. Pero para todo te la dan. Reglas dolorosas: píldora. Cansancio: píldora. Ovarios poliquísticos: píldora. Es como si no supieran tratar nada sin esa pastilla. La tomé durante años, desde que era adolescente hasta que empecé con la reproducción asistida, pero no me sentaba bien. Me sentía hinchada, con ansiedad, lloraba, y me echaba la culpa de todo, mucho tiempo pensé que era estrés o las hormonas normales que no sabía manejarlas, pero hablando con mis amigas me dijeron que podía ser eso, de casualidad. La dejé y mejoró todo. Cuando me la dieron fue sin hacerme análisis, sin explicarme los efectos. Me decían que era 'para regular todo', pero me generó muchos problemas que luego me di cuenta que eran por eso, como migrañas y cambios de humor terribles que solo he vuelto a tener durante el embarazo. La tratan como si fuera un complemento vitamínico, sin medir riesgos ni buscar otras causas. Cuando dejé de tomarla por mi cuenta, nadie me hizo seguimiento. Fue como decir: “Allá tú.” Que para mí fue lo mejor pero para otras chicas igual no y necesitan probar otras marcas o métodos. La píldorita mágica no es lo único que existe. A mí nunca me ofrecieron alternativas ni hicieron estudios hormonales previos, si a día de hoy me plantease tomarla de nuevo, que no porque llevo un implante, pero si lo hiciese exigiría todo eso. Cuando me di cuenta de que cuenta de todo lo que causaba la píldora en mi me he sentí más conejillo de indias que paciente.*

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

**Entrevistadora:** *Es muy importante eso que cuentas, la pildora es una bomba de hormonas y no protege de ETS, habrá que hacer un esfuerzo por concienciar en estos aspectos al personal sanitario para que ofrezcan más alternativas. Oye, dijiste antes en la charla que tienes un hijo pequeño ¿Cómo fue tu proceso para ser madre? ¿Fue por reproducción asistida? ¿Inseminación in vitro...?*

**Marina:** *Muy solitario. Fue por inseminación, afortunadamente. No tenía pareja, pero quería ser madre. Fui a la Seguridad Social y me dijeron que, al no tener pareja ni problemas de fertilidad diagnosticados, no tenía prioridad. Iban a pasar delante de mi todas las que tuviesen riesgos, problemas o que su edad estuviese cerca del límite. Por una parte está bien, lo entiendo pero por otra yo quería ser madre joven. Me recomendaron ir por lo privado. Así que lo hice, ahorrando y haciendo malabares. Cuando me lo dijeron llegué a pensar en buscar un hombre cualquiera para tener un hijo, una noche loca sin vínculo emocional. Así de desesperante puede llegar a ser ver que tu única opción es ahorrar esperar y gastarte un dinero que no tienes. Pero al final decidí no seguir por ese camino porque no me parecía ético y es peligroso. Acudir a una clínica y tener a mi hijo es la mejor decisión de mi vida, me alegro de la forma en que lo he hecho, quizás si hubiese cogido esa opción aparentemente más fácil tendría algo de lo que arrepentirme pero elegí la mejor opción, porque si no mi hijo no sería él, habría sido otro niño distinto y quizás yo habría acabado con problemas legales o de otro tipo. Aunque es muy duro y tener un hijo es un desembolso constante aparte de la clínica, yo tengo ayuda de mi entorno y estoy muy feliz.*

**Entrevistadora:** *Me alegra mucho escuchar eso Marina, y volviendo al tema ¿Cómo fue el paso por la clínica cuando buscabas ese embarazo?*

**Marina:** *Muy bueno, la gente muy pesada pero en la clínica la atención fue buena. Nada especial, como cualquier otro médico privado que estés pagando. Recibí muchos comentarios negativos por no querer intentarlo antes por la seguridad social del tipo que estaba tirando el dinero, que si me creía rica etc., pero yo me lo planteé como una inversión, no hay que pensar en lo que se está gastando. Hay personas que dicen que es como una casa o un coche. Primero que es bastante menos y segundo que un hijo te dura para toda la vida. Yo me lo planteé así y no sufrí tanto por el dinero, era más el esfuerzo para ahorrarlo que el que me diese reparo gastar, yo por ejemplo pedí un préstamo personal porque no quería esperar años y luego lo pude quitar antes de lo esperado, pero sino aún no sería madre. La parte del proceso que sí fue difícil fue emocionalmente. Dos*

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

*intentos fallidos, y el tercero funcionó. Pero me sentí sola, y juzgada. Mi padre me decía: “El niño va a sufrir sin padre. ¿Tú te imaginas haber crecido sin un papá y que llegue el día del padre en el colegio y no tengas uno?” yo siempre le he contestado que no echas de menos lo que no conoces y mi hijo nunca ha manifestado curiosidad ni tristeza por no tener esa figura. Igual que los hijos de muchas madres que el papá no se hace cargo o que están separados, hoy en día hay muchos tipos de familias. Además aun es pequeñito y no se da cuenta de estas diferencias. Pero para mí fue duro escuchar esas cosas de mi propia familia, todavía a veces sueltan alguna tontería. Ojalá se lo hubiese contado a más gente, hubiera tenido más redes de apoyo. El proceso el embarazo y todo lo que viene después. Mi madre me ayudó mucho después de dar a luz porque sabe lo que es pasar por eso, no poder sentarte ni hacer pis sin dolor los primeros días, yo imaginaba pero no tenía ni idea. Nadie te prepara para todo lo que te enfrentas, ni desde lo sanitario ni desde lo emocional.*

**Entrevistadora:** *Todo lo relacionado con el embarazo el parto la menstruación... parece que sigue siendo un tema tabú por mucho que hagamos. Bueno, para terminar que nos cierran: Qué mensaje te gustaría transmitir relacionado con la atención ginecológica y el servicio de reproducción asistida, así en general*

**Marina:** *A los profesionales les diría que escuchen, que pregunten sin prejuicios y que dejen de asumir cosas sobre nuestros cuerpos o nuestras vidas. Que no somos casos raros, ni estamos aquí para justificar nuestras decisiones. Y a las mujeres que tienen miedo, les diría que no están solas, que hay redes, asociaciones y otras mujeres pasando por lo mismo. Hablad con vuestras madres y con vuestras amigas, que nos tenemos que cuidar entre nosotras hasta que el sistema nos cuide de verdad.*

**Entrevista 3**

*Andrea, 42 años, lesbiana, sin pareja*

**Entrevistadora:** *Hola Andrea. Estoy haciendo un TFM sobre la atención ginecológica a mujeres lesbianas y bisexuales, y me gustaría entrevistarte como parte de este trabajo. Tus respuestas servirán para visibilizar experiencias reales. ¿Te parece bien participar?*

**Andrea:** *Sí, me parece muy importante. Gracias por contar conmigo.*

**Entrevistadora:** *¿Cómo describirías tu relación con los servicios ginecológicos?*

**Andrea:** *Tensa. Nunca he sentido que fueran espacios seguros. Siempre me han hecho sentir fuera de lugar. Cuando dije que era lesbiana, una médica me preguntó si entonces necesitaba que le explicara cómo se hacía una exploración. Me pareció ofensivo. Como si no fuera una paciente más, como si necesitara “adaptaciones” absurdas. Soy mujer y soy lesbiana, eso no me hace más lista o más tonta. Cada vez que me acuerdo me cabreo. En vez de empatía, encontré ignorancia.*

**Entrevistadora:** *¿Te han ofrecido información sobre prevención de ITS o salud sexual?*

**Andrea:** *No, nunca. Siempre es el mismo patrón: si no hay pene, no hay ITS. Incluso una vez que dije abiertamente que quería hacerme pruebas rutinarias por prevención, me pusieron cara de “¿Y eso para qué?” Te juro que pensé: “¿Qué parte de medicina preventiva no están entendiendo?” Soy bastante segura de mí misma pero me quedé desconcertada con su reticencia a hacerme las pruebas y me fui sin cita. Semanas más tarde llamé por teléfono y acudí a planificación familiar como anónima diciendo que había tenido prácticas de riesgo. Que no era cierto pero me dijeron que así no hacían preguntas. Ahí sí me trataron bien. Se ve que depende de cómo entres al servicio te ven como que les estás haciendo trabajar extra si quieres cuidar tu salud antes de que pase nada malo. No tienen formación sobre sexualidades diversas ni conciencia, están ahí para tratar, punto. No hay interés en otras cosas.*

**Entrevistadora:** *Gracias, por compartir tu experiencia Andrea, y ¿Has considerado ser madre en algún momento? Si no quieres contestar a alguna pregunta también está bien ¿eh?, no pasa nada.*

## ATENCIÓN GINECOLÓGICA A MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

**Andrea:** *Sí, no, no, está bien, no tengo problema. Si no pones mi nombre mejor pero sino pues de algún lado tienen que salir los datos que luego nos quejamos.*

**Entrevistadora:** *Creo que son anónimas y confidenciales pero antes de incluirla en el TFM preguntaré y sino la quito no te preocupes.*

**Andrea:** *No hace falta que la quites, preferiría que no saliese mi nombre pero si tiene que salir pues no pasa nada.*

*En cuanto a lo de ser madre me lo planteé hace unos años porque se acercaba la edad de la menopausia, pero lo descarté. Nunca fue una prioridad, me gusta ser libre.*

*También es que vi a muchas conocidas pasar por procesos horribles para nada. Y mi prima lo intentó y sufrió dos abortos y nunca se recuperó así que si alguna vez las hubo se me quitaron las ganas. Lo que veo desde fuera es que nadie te acompaña. Nadie te informa. Si tuviera que ponerme a ello no sabría ni por dónde empezar ¿Voy al médico? ¿Al trabajador social? ¿Al ayuntamiento? No quiero ir por ahí contando mi vida y dando palos de ciego ¿Dónde se solicita? ¿Cuánta lista de espera hay? Nadie te quiere dar datos concretos ni aproximaciones y esa información no es fácil de encontrar (pausa) Y si quieres adoptar, es aún peor. Ya ni te cuento.*

*Yo estoy bien como estoy, ahora nos lo querría ni regalado, pero si hubiese querido habría estado bien tener más opciones...o conocer las que existen pero que nadie las sabe vamos...*

**Entrevistadora:** *Bien, y para terminar, ¿Qué mensaje te gustaría transmitir a las personas responsables de prestar este servicio y a las mujeres que tienen miedo de ir al ginecólogo por enfrentarse a discriminación como la que has sufrido?*

**Andrea:** *Les diría que tienen que dejar de suponer, empezar a escuchar, y formarse. Que una mujer diga que es lesbiana o bisexual no debe convertirse en un momento incómodo. Que somos pacientes igual que cualquier otra mujer. Y a las mujeres que tienen miedo, les diría que lo entiendo. Yo también he tenido miedo. Pero que no se jueguen su salud. Es como cualquier otro tipo de doctor, hay que vencerlo ir y punto.*