

## Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres

 Manuel Cárdenas Castro,<sup>1</sup>  Stella Salinero Rates.<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo fue analizar un conjunto de resultados sobre violencia ginecológica y relacionarlos con su impacto en la percepción del cuerpo, la sexualidad, la autoimagen y autoestima.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal. Se analizaron 812 relatos de mujeres de diversas regiones de Chile.

**Resultados:** Se detectaron tres clases de consecuencias de la violencia: adopción de medidas de protección y resguardo, impacto en la experiencia de sí mismas y sus cuerpos y secuelas físicas y emocionales de la violencia en sus vidas. Adicionalmente, se presentan algunas experiencias de recuperación de autonomía en el cuidado de la salud ginecológica.

**Conclusión:** La violencia ginecológica es parte de la experiencia común de las mujeres y puede constituir un grave problema de salud pública y erigirse en una barrera en el acceso de las mujeres a servicios de salud.

**Palabras clave:** Violencia ginecológica, Violencia contra la mujer, Centros de salud, Barreras de acceso a los servicios de salud.

### Impact and consequences of gynecological violence in the lives of women

#### SUMMARY

**Objective:** The objective was to analyze a set of results on gynecological violence and relate them to their impact on the perception of the body, sexuality, self-image and self-esteem.

**Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out. 812 stories of women from different regions of Chile were analyzed.

**Results:** Three kinds of consequences of violence were detected: adoption of protection and shelter measures, impact on the experience of themselves and their bodies, and physical and emotional consequences of violence in their lives. Additionally, some experiences of autonomy recovery in gynecological health care are presented.

**Conclusion:** Gynecological violence is part of the common experience of women and can constitute a serious public health problem and become a barrier to women's access to health services.

**Keywords:** Gynecological violence, Violence against women, Health centers, Barriers to access to health services.

## INTRODUCCIÓN

La violencia ginecológica es un concepto que incluye todas aquellas prácticas llevadas a cabo por el personal de salud, en el marco de la atención ginecológica y que naturalizan una relación de subordinación entre personal médico y pacientes (ocultación o denegación

de información, comentarios irónicos y formas de violencia relacionada con regañar o infantilizar). Comprende, además, aquellas acciones directas de violencia psicológica o física dirigidas al cuerpo de las mujeres (comentarios o acciones impertinentes con respecto al cuerpo, medicalización excesiva, uso de procedimientos intencionalmente dolorosos, etc.), incluida cualquier forma de abuso y violencia sexual (obligación de desvestirse sin relación con el motivo de consulta, tocar indebidamente el cuerpo o genitales, abuso sexual, violación, etc.) (1).

Dichas prácticas violentas pueden causar sufrimiento inmediato o de largo plazo (1-4) y afectar gravemente

<sup>1</sup>Doctor en Comportamiento Social y Organizacional. Facultad de Psicología, Universidad de Talca (Talca, Chile). <sup>2</sup>Doctoranda en Estudios Interdisciplinarios, Universidad de Valparaíso (Valparaíso, Chile). Correo de correspondencia: jose.cardenas@utalca.cl

**Forma de citar este artículo:** Cárdenas M, Salinero S. Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. Rev Obstet Ginecol Venez. 2023; 83(1): 54-66. DOI: 10.51288/00830109

la confianza en el sistema de salud (5, 6). Lo anterior puede redundar que las consultas y exámenes no se realicen en los tiempos esperados, o que muchas mujeres abandonen definitivamente los cuidados de salud ginecológicos. La violencia ginecológica es un fenómeno que, dada su magnitud e impacto, merece ser develado y estudiado. Alude a una forma específica de violencia contra las mujeres, basada en el prejuicio y discriminación por género, y perpetrada al interior del Modelo Médico por el personal de salud (7-9). Se trataría de una expansión hacia el campo de su salud sexual y reproductiva de la violencia que viven cotidianamente y en los distintos ámbitos de sus vidas quienes son asignadas al nacer como mujeres. En la violencia ginecológica se intersectan formas directas de violencia (cara a cara) con las de tipo institucional y cultural (10). Las disparidades en los resultados de salud entre hombres y mujeres deben pensarse desde la conexión entre procesos sociales y biológicos (11), dado que en la ciencia se reproducen los mismos sesgos instalados en el plano cultural (7, 12).

Para muchas mujeres, la experiencia de violencia ginecológica puede resultar traumática, y los impactos que dicha violencia puede tener en su salud se ven agravados dado el contexto de su ocurrencia, puesto que se trata de una relación basada en la confianza y establecida con profesionales cuya labor es supuestamente entregar cuidados y no infringir daño. Cuando este pacto se rompe los efectos de la violencia pueden ser aún más devastadores, pudiendo transformar profundamente la experiencia de las mujeres sobre sí mismas, su sexualidad y su relación con su entorno (13-15), llevándolas a realizar acciones que no siempre resultan protectoras de ellas y de su salud. En este sentido, el impacto que la violencia ginecológica genera puede concebirse como de carácter relacional (16), puesto que se produce una falla en la relación médico-paciente, negándose reconocimiento del otro/a y sus saberes, así como sustituyendo una relación que se espera de cuidado por otra en que se genera daño. Todo esto ocasiona una ruptura de la experiencia, dado que la negación del dolor ajeno y la falta de contención

y cuidados, pueden terminar por destruir los supuestos básicos (17) de quien es objeto de violencia.

El cuerpo de las mujeres, en algunas sociedades, se encuentra efectivamente regulado, controlado, normativizado y condicionado por un sistema de género diferenciador y discriminador hacia ellas, que se apoya en instituciones específicas (incluida la institución médica). El cuerpo constituye un núcleo central de la experiencia, y cualquier acción que sobre él se ejerce tiene un impacto sobre la identidad y la vida de las mujeres. Dicho cuerpo ha sido producido históricamente como un cuerpo sexuado y por ello se han diseñado dispositivos de salud, que no tienen equivalentes entre los hombres, y que las acompañan durante todo su ciclo vital. Una de las consecuencias principales es la producción de tecnologías para intervenir sobre procesos fisiológicos vinculados a la sexualidad (menstruación, parto, menopausia, etc.) en vista a controlarlos o modificarlos, patologizándolos y medicalizándolos. La medicalización y patologización se refieren a la excesiva intervención médica de dichos procesos, muchos de los cuales son tratados como enfermedades que conllevan un potencial riesgo y que debe ser controlado (18, 19).

La violencia ginecológica se encuentra profundamente arraigada y normalizada en la sociedad. De allí que pesquisarla ha implicado consultar por las prácticas de los equipos médicos y los procedimientos realizados en el espacio de la consulta ginecológica. Estudios recientes indican que siete de cada diez mujeres en Chile reportan experiencias de violencia ginecológica (1), siendo esta significativamente más frecuente entre mujeres afrodescendientes, en aquellas que se identificaban con pueblos originarios y entre quienes utilizaban servicios públicos más que privados. Lo anterior daría cuenta del carácter interseccional de este tipo de experiencias. Del mismo modo, indicaría que se trata de una experiencia común entre las mujeres que hasta ahora no ha sido debidamente atendida dado el potencial impacto negativo en sus vidas.

El objetivo de este estudio es indagar en los modos en que las experiencias de violencia ginecológica han impactado en la vida de las mujeres y las consecuencias que estas han tenido en sus cuidados de salud, de modo de contribuir a visibilizar y comprender dicho fenómeno.

## MÉTODOS

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 812 mujeres, cuyas edades fluctuaron entre 18 y 82 años (Media = 35,08 y desviación típica (DT) = 9,77), que hubiesen asistido alguna vez a servicios ginecológicos y que reportaran experiencias de violencia ginecológica. Del total de las participantes el 15,5 % declara sentirse parte de alguna etnia originaria y un 4,3 % se considera afrodescendiente. Con respecto a su orientación sexual, un 90,5 % se considera heterosexual, un 7,6 % se declara bisexual y un 0,6 % se califica de gay, lesbiana u homosexual. El 1,2 % marcó la opción de otra orientación sexual.

### Instrumento y procedimiento

Los datos utilizados en este estudio fueron obtenidos mediante la Segunda Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica. El cuestionario fue aplicado entre los meses de enero de 2021 y abril de 2022 mediante plataforma en línea (*SurveyMonkey*®). El diseño es de carácter cualitativo, transversal y no probabilístico.

Los análisis se realizaron sobre las respuestas abiertas entregadas por las mujeres a la pregunta referida al impacto que las experiencias de violencia obstétrica han tenido en sus vidas. Se

trata de respuestas breves de entre una y diez líneas de extensión y sobre las cuales se detectaron 116 formas activas (reducción de palabras mediante proceso de lematización (20) o reducción de palabras principales a sus raíces, lo que genera un diccionario de palabras principales co-ocurrentes en los enunciados de un texto). Del mismo modo, las diferentes formas de una palabra fueron reducidas a la forma más común que permitiese categorizarlas y las jergas fueron transformadas al adjetivo más cercano posible. El objetivo de estas transformaciones es que aquellas palabras que tenían claramente el mismo sentido fuesen agrupadas reduciéndolas todas a la forma más común (21).

### Análisis de datos

Para los análisis se utilizó el *software* IRaMuTeQ (interfaz de R para el análisis multidimensional de textos) que ha permitido realizar análisis de similitud y de conglomerados (20). Dichos análisis permitirán acceder a las principales unidades de significado de manera independiente de su construcción sintáctica (22, 23). Los análisis fueron ejecutados a partir de un *corpus* único en que fueron relacionados todos los textos escritos por las participantes del estudio.

### Aspectos éticos

Las participantes completaron un consentimiento informado en que se le explicaban los principales objetivos del estudio y se le ofrecían condiciones de anonimato y confidencialidad (aunque también la posibilidad de contactar a las y los investigadores y entregar/recibir información adicional sobre el estudio o los contenidos referidos al mismo). El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científica de la Universidad de Talca (número de protocolo Folio 1/2021).

## RESULTADOS

### La escena: relatos de violencia ginecológica

Casi todas aquellas prácticas que se han descrito más arriba como violencia ginecológica son reportadas por las participantes del estudio. Si bien el objetivo de este trabajo no es abundar en ellas, parece necesario referirse brevemente a las mismas en tanto constituyen el escenario que permite comprender el tipo de consecuencias que ha tenido en sus vidas. De este modo, las acciones que naturalizan una relación de subordinación entre personal médico y pacientes quedan graficadas en aquellos relatos que hablan de ocultación o denegación de información, comentarios irónicos y formas de violencia relacionada con regañarlas o infantilizarlas.

El supuesto profesional ni siquiera se dio el tiempo de explicarme bien que tenía, me trató de mala forma, con suerte duró 5 minutos la experiencia y me diagnosticó mal y al momento de darme un diagnóstico me habló sarcásticamente y se refirió a mi actividad sexual burlándose de mí.

La ginecóloga me atiende apurada, me reta por llegar tarde, me pide que me desnude y me recueste en la camilla, me examina sin pedir permiso. Me regaña por no haber asistido antes.

Cada que vez que he ido a un chequeo, siempre se enfocan en mi sobrepeso y no en el problema por el que voy. Me ha provocado mucha frustración no recibir respuestas sobre los problemas que me aquejan, y el hecho de recibir malos tratos, desprecio, ser ignorada o que le bajen el perfil a lo que siento ha provocado que desconfíe de las prácticas y la atención ginecológica. No es un campo que me dé seguridad ni respuestas. No me siento escuchada ni respetada.

Del mismo modo, dan cuenta de acciones directas de violencia psicológica o física sobre sus cuerpos, incluidos los comentarios impertinentes con respecto al físico de la consultante, la medicalización excesiva o uso de procedimientos intencionalmente dolorosos.

Siento que opinaron sobre decisiones personales, expresando juicios de valor. También medicando innecesariamente y sin la debida explicación.

Generalmente hay un reproche al informar mis prácticas sexuales. Se realizan juicios morales, que, en definitiva, desincentivan la consulta ginecológica. También he recibido piropos por parte del ginecólogo, en una situación en la cual uno se siente totalmente vulnerable. Eso es parte de la violencia.

En el parto me apuraron, cortaron sin consentimiento, alejaron a mi pareja. En una consulta por unos dolores el doctor insinuó que yo tenía problemas mentales por tener tatuajes. En otra consulta para una ecografía el doctor me tocó la pierna de manera muy inapropiada. En varias consultas se me han hecho comentarios sexualizados por mi aspecto liberal.

Mi pérdida de virginidad fue producto de una violación. Los comentarios de los médicos iban dirigidos a ridiculizar mi miedo al examen, dado que ellos suponían bromeando que yo lo había pasado bien perdiendo la virginidad.

Ellos [los médicos] intentaron esterilizarme infantilizándome frente a mis propias decisiones. Recibí retos por la cantidad de hijos que tengo, como si ellos los criaran. También me han presionado para tomar hormonas en mi menopausia y para hacerme la mamografía infantilizando mis legítimas decisiones, autónomas, respecto a

empezar a hacerlo a los cincuenta y cinco años. Cuando no he actuado como ellos desean entonces aparece esa brusquedad innecesaria al momento de examinar o introducir el espéculo para hacer el PAP. Te castigan.

Me sentí violentada al momento en que el doctor indicó que debía hacer tacto por el ano y le indiqué que no. Sin embargo, insistió y, sin mi consentimiento, lo realizó para indicarme con posterioridad que tenía vaginismo y que él no me podía atender porque no se manejaba en el tema y podíamos estar años sin ver efectos, finalmente me derivo a un programa del hospital.

Finalmente, hemos incluido bajo la categoría de violencia ginecológica todas aquellas formas de abuso y violencia sexual, tales como la obligación de desvestirse sin relación con el motivo de consulta, tocar indebidamente el cuerpo o genitales, el abuso sexual o la violación.

Yo tenía dieciocho años y el médico que atendía mi embarazo me dijo que debía bajarme los pantalones hasta más abajo de las pompas, con lo cual me sentí incomoda siendo que mi panza estaba grande.

Quería que me bajara todo el pantalón, me enojé y le dije que eso no debía ser y no me quiso decir el sexo de mi bebe, ni me entregó información sobre si estaba bien o mal. La situación me produjo vergüenza y temor, me sentí violentada.

A los diecisiete años una matrona me trató de prostituta por pedir un examen PAP y a la misma edad un médico introdujo sus dedos en mi vagina, supuestamente como parte del control, pero de una forma que de adulta me doy cuenta que era sexualizada y no era parte del protocolo.

Me sentí invadida, transgredida y asqueada cuando el médico acarició mi pierna mientras me realizaba una ecografía transvaginal. Esa sensación duró varios meses.

#### Impacto de la violencia ginecológica

Los resultados del análisis de conglomerados (clasificación jerárquica descendiente) indica la presencia de tres clases de consecuencias de la violencia y los principales contenidos asociados a cada una de ellas (Figura 1).

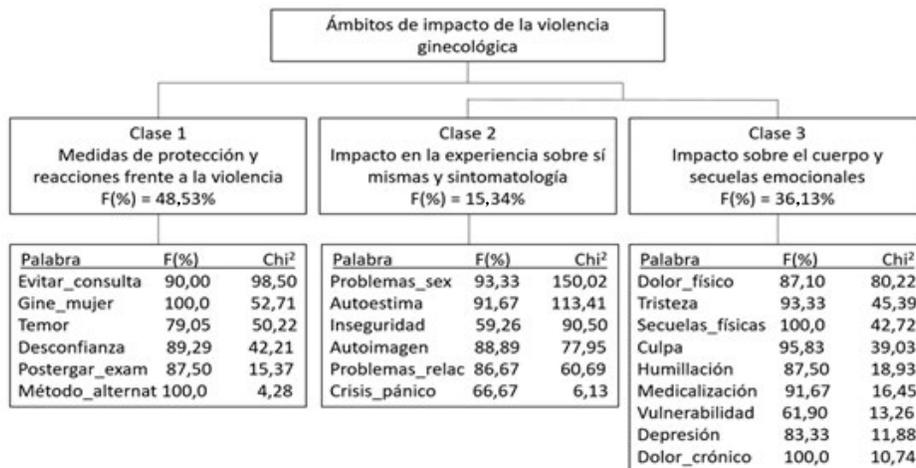


Figura 1. Análisis de clasificación jerárquica y pruebas de asociación de las palabras agrupadas a cada clase.

La primera clase se ha denominado “Medidas de protección y reacciones frente a la violencia” e incluye una serie de conductas tendientes a la evitación de nuevas experiencias de violencia. Se trataría de medidas que se toman de forma más inmediata, aun cuando sus efectos puedan sostenerse en el tiempo. Entre estas se encuentra la evitación de la consulta, la que puede llegar a durar largos períodos y que en muchas ocasiones solo se retoma debido a un posterior embarazo.

Me sentí juzgada y reprimida. No he vuelto a asistir a una consulta ginecológica hace años. Me siento insegura e intimidada cada vez que pienso en asistir a una consulta ginecológica, me causa ansiedad y temor. Me deja con muy pocas ganas de volver a realizarme exámenes, aunque sé que son necesarios.

Descuido el control preventivo dado que siento que ir al médico es exponerme potencialmente a una situación de violencia verbal o física. Ya no quiero asistir sola a una consulta y menos si el médico es hombre. La atención recibida me causó desconfianza, incomodidad, y me desmotivó a seguir acudiendo regularmente.

Del mismo modo, la búsqueda activa de ginecólogas mujeres (idealmente que les hayan sido recomendadas por amigas) es una medida de precaución que se repite una y otra vez entre las participantes, aunque muchas mujeres han constatado que las prácticas no necesariamente son diferentes por el solo hecho de tener un sexo diferente.

Provocó desconfianza y rechazo hacia la experiencia de ir al ginecólogo. Desde entonces he preferido buscar doctoras mujeres. Me he sentido violentada, asqueada, enojada, frustrada. Siento desconfianza en volver a atenderme, sobre todo con hombres.

Me causó miedo y nunca más me quise ver por un hombre ginecólogo. Solo veo matronas ahora. Durante mucho tiempo preferí postergar exámenes o no asistir nuevamente a una cita ginecológica, aunque sé que debía hacerlo.

Aprendí que la violencia obstétrica no tiene que ver con género, pues la violencia que recibí provino tanto de mujeres como de hombres.

Estas medidas son tomadas dado que el temor y la ansiedad serían las emociones dominantes frente al hecho de tener que asistir a la consulta, lo que hace que muchas de ellas posterguen importantes exámenes médicos o busquen atender su salud ginecológica con métodos alternativos (ginecología natural) cuanto les sea posible. Un elemento primordial de dicha desconfianza aparece en los discursos ligada a la idea de volver a sufrir violencia y a la nula consideración (cuando no derechamente a la crítica) de su orientación sexual no heterosexual.

Ya no me atiendo con hombres, solo con mujeres y aun así muchas veces me siento discriminada por promiscua o por tener una vida sexual activa desde chica. Muchas veces siento que se me invisibiliza preguntándome sobre relaciones sexuales con hombres, suponiendo mi orientación, ya que hasta la fecha nunca me han preguntado mi orientación sexual, ni me han explicado métodos para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) en relaciones lésbicas.

Me hizo sentir muy insegura, me dio asco el viejo y la situación, me quedé paralizada sin poder enfrentarlo, evite asistir nuevamente a ese ginecólogo que había atendido a mi madre también, y busqué una ginecóloga mujer para atenderme, pero estuve años sin ir, me sentí mal y me di cuenta también que era un poco ignorante en estos temas de salud sexual, por lo que me motivó a indagar

más y estudiar pues me cuestioné su práctica y me dio miedo volver a asistir y hablar abiertamente de mi lesbianismo

Me cuesta ir a médicos hombres, siempre estoy asustada de que me vayan a violentar o a ignorar mis problemas de salud. Casi no voy a consultas de ginecología por miedo a ser juzgada o que no me tomen en cuenta. Solo voy a médicos mujeres si es posible, aunque la última mujer que me atendió fue muy brusca e irrespetuosa, se sintió con el derecho de cuestionar mi vida sexual, fue irresponsable con sus diagnósticos y tratamientos. Me hizo dudar de mí misma y cuestionar si mi estilo de vida era el adecuado.

La segunda clase agrupa palabras referidas al “impacto en la experiencia interna sobre sí mismas y sintomatología asociada” a dichos impactos. Los reportes de problemas para vivir una sexualidad segura y agradable con posterioridad a la violencia abundan. Dichos problemas en el ámbito de la sexualidad pueden ser inmediatos y derivar del dolor causado mediante diferentes procedimientos, dificultando mantener relaciones sexuales durante un tiempo en mujeres heterosexuales, o de carácter crónico (lo que además trae aparejados problemas de pareja debido a la imposibilidad de mantener relaciones sexo-afectivas durante largos períodos).

No quise volver por mucho tiempo, le tengo miedo al PAP por el dolor que me provocó innecesariamente una matrona a los 15 años y había comenzado recién a tener relaciones sexuales, siento que reprimí mucho tiempo la exploración de mi sexualidad y me dejé de conocer por muchos años.

Me hicieron una episiotomía sin mi autorización y después la mal cosieron y me salió un granuloma tan grande que estuve 3 meses, cada 15 días, yendo a urgencias para que lo quitaran. Afectó mi vida sexual por completo. Afectó negativamente mi autoestima.

El médico me hizo un tacto muy violento y brusco, me sentí violada y a la vez ridícula porque nadie hacía nada dado que era parte del procedimiento. Pasó mucho tiempo que no disfruté de mi vida sexual y me sentí incomoda con mi cuerpo. Queda una gran sensación de vulnerabilidad e impotencia, pena, frustración.

Desarrollé un vaginismo que tuve que trabajar con psicoterapia y evité por más de dos años asistir al ginecólogo. Lo agravó el hecho de que poco antes de la experiencia de violencia ginecológica, en donde me introdujeron objetos y dedos contra mi voluntad, había vivido experiencias de violencia sexual. Sin embargo, este año necesité hacer algo al respecto para saber cómo está mi salud sexual. Aún no he podido realizarme ninguno de mis exámenes de rutina, pues cuando estoy en la camilla, lloro y me angustio cuando van a introducir el espéculo, sin embargo, estoy trabajando en eso.

Del mismo modo, algunas mujeres reportan que la experiencia de violencia las hizo más inseguras, mermó su autoestima y alteró la imagen que tenían de sí previamente a dichas experiencias. De allí que muchas reportan problemas en las relaciones con sus parejas, amigas/os y familiares, derivados de dichas experiencias.

Me hizo sentir insegura de mi propio cuerpo, cada pregunta que hacía me respondía como si yo fuera la persona más inútil del mundo. Siento culpabilidad e inseguridad respecto a mi cuerpo y temo ir a consultas médicas.

Un ginecólogo me dijo que esperaba encontrarse con mujeres como yo cuando iba al pub. Me siento frustrada porque nunca lo acusé y sé que ha vulnerado a muchas otras mujeres.

Te vuelve temerosa respecto de dónde y con quién acudir. Sentí que mi opinión, mi sentir y mi cuerpo

no me pertenecían. Te hace sentir tan ignorante frente a los temas que no puedes opinar, así que ellos deciden.

Por comentarios realizados, me sentí aún más insegura conmigo. Desarrolló una inseguridad en mí que ha afectado de un modo importante mis relaciones sexuales con otros y la aprobación de mi cuerpo. Me siento insegura de mi cuerpo. Impactó en mi intimidad, la relación con mi cuerpo y la forma en que me relacionaba con los otros.

Muchas participantes informan como reacción inmediata a la experiencia de violencia lo que describen como crisis de pánico u otras sintomatologías ansiosas o depresivas asociadas a la violencia padecida en el espacio de la consulta médica.

La violencia me impacto mucho. Malos tratos en mi primer parto y abuso sexual en una consulta, me provocaron crisis de pánico, ansiedad, miedo y angustia, la que también me ocurre frente a situaciones similares.

Quedé con una depresión profunda debido a la atención de un aborto retenido. En la sala de evaluación de urgencias me extrajeron sin aviso, sin anestesia, los restos de mi bebé. Además, me negaron el derecho a verlo aludiendo a que solo ‘eran restos’ y que ‘no era para tanto’. No puedo explicar el dolor físico y emocional que sentí.

Finalmente, la tercera clase agrupa muchas de aquellas palabras vinculadas al “dolor físico, agudo o crónico, secuelas físicas y expresión de emociones”. En esta categoría se incluyen la sensación de ser indebidamente medicalizadas y las emociones concomitantes que producen estos eventos dolorosos, a saber: tristeza, culpa, depresión y sensación de haber sido humilladas. Una experiencia generalizada frente a la experiencia de atención ginecológica es la de vulnerabilidad.

Nunca me respondían mis consultas, me ignoraban. Fueron siempre muy bruscos y me causaron mucho dolor. Ni siquiera responden el saludo.

Me incomoda mucho realizar el examen PAP, me duele mucho y ningún ginecólogo me entiende. Uno me dijo que era imposible que me doliera si la vagina es un músculo y que mis problemas eran mentales.

Cuando tenía dieciséis años tuve mi primer bebé, me forzaron a pujar cuando aún no estaba lista y dos matronas se pusieron sobre mi estómago y forzaron el parto. En consecuencia, me rajaron y estuve dos meses tratando de sanar de las cicatrices provocadas que llegaron hasta el ano. El tajo que me hicieron durante el parto fue en línea recta y eso causó que al unir las partes quedara muy cerca la vagina del ano.

Me hizo sentir vulnerable e insegura, mucha frustración al saber que todo podría haber sido diferente. Creo que también tengo secuelas físicas por las intervenciones de cesáreas innecesarias, tengo un dolor en el lado izquierdo de la ingle que no se ha podido detectar la causa. No quise tener más hijos después de esas experiencias.

En la Figura 2 se puede observar los campos semánticos y las relaciones establecidas entre ellos. De este modo, respecto de la evitación de la consulta informan que se asocia a la experiencia de sentirse ignoradas y disminuidas, que la ansiedad e incomodidad que les genera las lleva a asistir acompañadas o a cambiar una y otra vez de ginecólogo (buscando, cuando resulta posible, atenderse con una mujer). Muchas mujeres llevan años postergando importantes exámenes médicos o han abandonado la consulta ginecológica debido a la desconfianza en el sistema de salud, y de modo de suprimir la sensación de vulnerabilidad que en este se les genera. De allí que muchas reportan



las puertas a la medicalización de sus vidas y a la creciente sensación de anulación e invalidación. Sus experiencias y dolores son cuestionados, puestos en duda, criticados. De allí las enormes secuelas físicas y psíquicas que las experiencias de violencia pueden traer aparejadas.

#### Experiencias de recuperación de autonomía

Las experiencias de violencia ginecológica no se traducen únicamente en efectos negativos sobre los cuerpos de las mujeres, también pueden impulsarlas a tomar decisiones que van en sentido de informarse, recuperar para sí saberes que han sido apropiados por el modelo médico dominante y recuperar autonomía en los procesos de cuidado de su salud. De este modo, la violencia y las emociones que la acompañan impulsaron a varias mujeres a buscar alternativas por fuera del sistema médico, que les permitieran reconectarse con sus cuerpos y apoyar a otras mujeres.

Me marcó para siempre, haciéndome consciente de buscar alternativas libres de violencia. Siendo más consciente de mi cuerpo, de sus procesos, de no violentarlo ni dejar que nadie lo haga.

Me dio fuerza para apoyar a otras y para educarme en mis derechos. En mi segundo embarazo fue todo maravilloso, gracias a mi empoderamiento, rodeada de quienes quiero y en un clima amoroso. Y en nuestra propia casa.

Me empujó a tomar la responsabilidad de gestionar, estudiar y atender mi propia salud ginecológica y reproductiva.

Nunca más me quise atender en la consulta ginecológica. Pero busqué alternativas naturales con mujeres que tenían los saberes y los enseñaban con perspectiva de género y de clase.

Es decir, la violencia también tiene efectos no intencionales. Si el objetivo de la violencia es anular a las mujeres, someterlas y controlarla, muchas de ellas utilizaron sus propias experiencias como un impulso para recuperar autonomía, para asociarse con otras y aprender juntas, para fugarse del modelo que oferta violencia y hacerse cargo responsablemente de su salud sexual y reproductiva. La ginecología natural y el parto en casa son algunas de las experiencias que les han permitido recuperar la seguridad en sí mismas sin descuidar su salud.

#### DISCUSIÓN

Cuando las mujeres acuden a la consulta ginecológica, muchas veces lo hacen para cumplir con un rito que se ha establecido en el imaginario social como parte de las responsabilidades de las mujeres en referencia al cuidado de su propia salud sexual y reproductiva. En este sentido, cada vez más temprano se insta a las mujeres para que asistan a servicios ginecológicos y se realicen exámenes rutinarios que se suponen muy importantes para su propia salud. La consulta ginecológica, es en sí misma, una situación estresante, ya que exige la exposición de zonas íntimas del cuerpo, que atañen a la esfera de la sexualidad y es por ello que las expectativas de cuidado y delicadeza en el trato son perfectamente comprensibles. Cuando dichas expectativas se frustran, las probabilidades de que las mujeres retornen a dicho espacio disminuyen.

Los reportes obtenidos en este estudio dan cuenta de que dichas expectativas muchas veces se ven frustradas. Muchas mujeres no se sienten escuchadas o sienten que sus preguntas no son respondidas por los profesionales, se realizan procedimientos sin una adecuada información y estos pueden ser innecesariamente dolorosos. De hecho, es bastante común que cuando las mujeres solicitan

explícitamente respuestas o manifiestan reparos sobre los procedimientos, estos resulten más dolorosos de lo que deberían, evidenciando una suerte de castigo para las “malas pacientes”.

No existe para los hombres una disciplina similar a la ginecología y en este sentido, la experiencia del cuidado ginecológico conlleva un fuerte mandato de género. Los controles ginecológicos son descritos como una experiencia sumamente desagradable, llegando en muchos casos a constituirse en traumática, pudiendo alterar profundamente la imagen de sí misma, la percepción de sus cuerpos y su sexualidad. La afectación de dicha esfera puede, a su vez, interferir en las relaciones con otras personas cercanas y constituirse en fuente adicional de malestar.

Se puede observar en los resultados algunos reportes de mujeres que afirman haber vivido violencia en el marco de su atención ginecológica, fenómeno que se ha detectado y denunciado en trabajos anteriores (1, 3) y al que se denomina violencia ginecológica. Dicho fenómeno parece ser parte de la experiencia compartida de las mujeres, aunque muchas no son capaces de reconocerlo debido a lo naturalizada que se encuentra la relación asimétrica médico-paciente, así como por constituir parte de un continuo de violencia que las mujeres padecen cotidianamente. Se sabe que aquellos fenómenos que no tienen un nombre no se pueden apreciar, y si no se pueden ver no se pueden modificar. De allí que este esfuerzo dirigido a visibilizar esta forma de violencia basada en el género se constituya en un importante problema de salud pública. No solo por su frecuencia, sino por los enormes y duraderos efectos adversos que puede traer aparejados.

Cuando la violencia aparece en la consulta, muchas mujeres hacen lo que podría parecer obvio: buscar un nuevo médico. La violencia es instalada en el espacio interpersonal, y si bien esto es cierto en un sentido, se está frente a un tipo de violencia que no se limita a ese campo. De allí que muchas mujeres emprenden un

deambular por diferentes profesionales y expresan una clara preferencia por profesionales mujeres (cuestión que como se ha podido apreciar en los relatos, no ha significado necesariamente un mejor trato). De allí que resulte legítimo preguntarse por lo que ocurre en el espacio de la formación, con el tipo de relación que se establece y que, de algún modo, les impide a muchos profesionales ver a la persona que tiene enfrente y que se traduce en cuestiones nada triviales para la vida de las personas que acuden convencidas de que están siendo responsables con su salud: sensación de ser anuladas, procedimientos sin consentimiento o que se juzgan como intencionalmente dolorosos, cortes innecesarios (como la episiotomía), comentarios sobre el cuerpo y juicios sobre la sexualidad de las mujeres, medicalización excesiva de procesos fisiológicos, entre otras. Muchas de estas experiencias y otros efectos iatrogénicos de la cura son parte del ritual de la consulta ginecológica y obstétrica, y producen dolor innecesario y sufrimiento psicológico. Cuando quien debe cuidarte es quien ejerce la violencia, el impacto de la misma puede tener efectos aún más perniciosos.

En este artículo se propone que lo que está detrás de esta forma de violencia es la noción de que el cuerpo de las mujeres debe ser manejado y reparado, como si fuera intrínsecamente defectuoso. El imaginario de la mujer que soporta estoicamente el dolor, sobre todo cuando se vincula a la maternidad, opera con frecuencia al interior del modelo médico, castigando la sexualidad ejercida solo por placer, sobre todo cuando no responde al canon heterosexual. De allí que exista un componente cultural importante en la producción y sostenimiento de relaciones de poder al interior de la consulta médica y una traducción institucional de dichos imaginarios que hacen posible dicha violencia ginecológica. La violencia ginecológica está inevitablemente basada en prejuicios de género y es de carácter interseccional. Ya se ha visto en otros estudios (1, 3) cómo diferentes categorías de desigualdad (etnia, orientación sexual, clase social, entre otros) operan conjuntamente para hacer aún más acusado el problema de la violencia

ginecológica y que tiene como consecuencia que muchas mujeres dejen de realizar exámenes de cuidado de salud sexual o que definitivamente se alejen de la consulta. En el caso de las diferencias por orientación sexual, se está frente a una disciplina que no sabe cómo tratar con dicha diferencia (24, 25) dada su concepción limitada y normativa de la ginecología. Así también son expulsadas sus necesidades diferenciales y se transforma la ginecología en un dispositivo de normalización heterosexual y cisgénero.

Los autores han querido terminar este reporte de resultados con algunos de los relatos en que se observa cómo, a pesar de la violencia, muchas mujeres han ocupado su experiencia dolorosa como una herramienta para reapropiarse de saberes sobre sus cuerpos y su sexualidad que les han permitido recuperar la autonomía perdida o ganarla para sí mismas. Se trata de mujeres desobedientes, que se niegan a ser reducidas al rol de pacientes, que no consienten en renunciar a sus saberes o a aceptar la violencia. Muchas de ellas avanzan en sentido de una construcción colectiva de autonomía frente al sistema médico que las maltrata o invisibiliza. El renovado auge de la ginecología natural y del parto en casa (junto a la figura de parteras y *doulas*), pueden ser considerados como respuestas a la violencia institucional, así como estrategias comunitarias de autoconocimiento y tratamiento alternativas a la medicalización médica (26).

### Agradecimientos

Este artículo ha recibido el apoyo del Proyecto Fondecyt Regular N°1210102 de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID) y al trabajo de la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica de Chile.

### Conflictos de interés:

Los autores declaran que no poseen conflictos de interés y que son independientes con respecto a la institución financiadora del proyecto (Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile, ANID).

### REFERENCIAS

1. Cárdenas M, Salinero S. Validación y pruebas de la invarianza factorial de la escala de violencia obstétrica en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria: Rev Psicol Cienc Afines*. 2021; 38(2): 209-223. DOI: 10.16888/interd.2021.38.2.14
2. Brüggemann AJ, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50(3):404-412. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.003
3. Cárdenas M, Salinero S. Violencia Obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias por tipo de centro de asistencia. *Rev Panam Salud Púb*. 2022; 46:e24. DOI: 10.26633/RPSP.2022.24
4. Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:74. DOI: 10.1186/1471-2393-13-74
5. Swahnberg K, Wijma B, Hearn J, Thapar-Björkert S, Berter C. Mentally Pinioned: Men's perceptions of being abused in health care. *Int J Men's Health*. 2009;8(1):60-71. DOI: 10.3149/jmh.0801.60
6. D'Oliveira AF, Diniz S, Schraiber L. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359:1681-1685. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6
7. García-Dauder S, Pérez-Sedeño E. Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres. Madrid: Editorial Catarata; 2017.
8. Martin E. The woman in the body. A cultural analysis of reproduction. Boston: Beacon Press; 2001.
9. Valls C. Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra; 2007.
10. Galtung J. Cultural violence. *J Peace Res*. 1990; 27(3):291-305. DOI: 10.1177/0022343390027003005
11. Rieker PP, Bird CE. Rethinking gender differences in Health: Why we need to integrate social and biological perspectives. *J Gerontol*. 2005; 60(2): 40-47. DOI: 10.1093/geronb/60.special\_issue\_2.s40

12. Hubbard R. Profitable Promises. Essays on Women, Science and Health. Monroe: Common Courage Press; 1995.
13. Cárdenas M, Salinero S, García C. Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de violencia psicológica, física y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2020 [consulta 15 de julio de 2022]; 80(3), 187-196. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ogv/article/view/20216](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20216)
14. Lynch SM, Graham-Bergman SA. Woman abuse and self-affirmation. Influences on women's self-esteem. Violence Against Women. 2000; (2):178-197. DOI: 10.1177/10778010022181787
15. Kearney-Cooke A, Ackard DM. The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. J Gend Specif Med [Internet]. 2000 [consulta el 15 de julio de 2022];3(6):54-60. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/11253384>
16. Benjamin J. El Tercero. Reconocimiento. Clín Invest Relac [Internet]. 2012 [consulta el 15 de julio de 2022]; 6(1): 169-179. Disponible en: [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N2\\_2012/01\\_Benjamin\\_Tercero-Reconocimiento\\_CeIR\\_V6N2.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N2_2012/01_Benjamin_Tercero-Reconocimiento_CeIR_V6N2.pdf)
17. Janof-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press. 1992.
18. Gervas J, Pérez-Fernández M. El encarnizamiento médico con las mujeres. 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas. Barcelona: Los libros del Lince. 2016.
19. Kitzinger S. La crisis del parto. Tenerife: Ob Stare; 2015.
20. Ratinaud P. IRaMuTeQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Internet]. 2009 [consulta el 18 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://www.iramuteq.org>
21. Cárdenas M. El análisis multivariante de las representaciones sociales. Antofagasta: Ediciones Universidad Católica del Norte. 2006.
22. Reinert M. Le rôle de la répétition dans la représentation du sens et son approche statistique par la méthode ALCESTE. Semiótica. 1993; 147(1/4):389–420. DOI: 10.1515/semi.2003.100
23. Molina J. Tutorial para el análisis de textos con el software IRaMuTeQ [Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2017 [consultado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/315696508\\_Tutorial\\_para\\_el\\_analisis\\_de\\_textos\\_con\\_el\\_software\\_IRAMUTEQ](https://www.researchgate.net/publication/315696508_Tutorial_para_el_analisis_de_textos_con_el_software_IRAMUTEQ)
24. Cano V. Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2019; 33: 42–58. DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2019.33.03.a
25. Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Luciani L, Perrota GV, Capriati A, *et al.* Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales. Notas sobre el estado de la situación en Argentina. Interface. 2014; 18(51):673–684. DOI: 10.1590/1807-57622013.0049
26. Salinero S. El parto en casa: Una respuesta a la violencia obstétrica e institucional. El Desconcierto [Internet]. 2017 [consulta el 22 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/opinion/2017/12/11/el-parto-en-casa-una-respuesta-a-la-violencia-obstetrica-e-institucional.html>

Recibido 20 de octubre de 2022  
Aprobado 15 de diciembre de 2022