

Violencia ginecológica y sus impactos en la percepción de sí mismas, cuerpo y sexualidad en personas asignadas mujer al nacer en Chile

Gynecological violence and its impact on the perception of themselves, their body and sexuality in people assigned female at birth in Chile

Stella Salinero Rates*

Resumen: El objetivo de este artículo es relacionar los principales resultados de una encuesta nacional sobre violencia ginecológica con el impacto en la percepción del cuerpo, la sexualidad, la autoimagen y la autoestima. El estudio es descriptivo y de tipo transversal. La muestra está compuesta por 4563 personas asignadas mujeres al nacer de todas las regiones del país. Los resultados indican un alto reporte de violencia ginecológica (67%), la cual se produce con mayor frecuencia en personas que pertenecen a etnias originarias, afrodescendientes, lesbianas, que tienen más edad y que poseen un menor nivel educacional. Se observa un alto impacto de la violencia en la autoimagen, la autoestima, la percepción del cuerpo y en la sexualidad, lo cual nos permite comenzar a comprender las graves consecuencias que tiene la violencia ginecológica en las vidas de quienes la experimentan, constituyendo un daño en la dignidad e integridad de grupos altamente vulnerabilizados.

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

Abstract: This article to present the main results of the first national survey on gynecological violence in Chile and to relate the reports of psychological, physical and sexual violence with the impact on the perception of the body, sexuality and of themselves (self-image and self-esteem) that such violence could cause. This is a descriptive and cross-sectional study. The Sample was composed of 4563 women from all regions of Chile. The results indicate a high report of violence in gynecological health care (67%). This violence occurs more frequently, in people who belong to original ethnic groups, Afro-descendant, lesbians, who are older and have a lower level educational. A high impact of violence on self-image, self-esteem, body perception and sexuality is observed, which allows us to begin to understand the serious effects that gynecological violence has on the lives of those who experience it.

*Doctorado en Estudios Interdisciplinarios sobre Pensamiento, Cultura y Sociedad, Universidad de Valparaíso stellasalinerorates@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-6021-4591> Este artículo ha recibido el apoyo de la Beca de Doctorado Nacional (FOLIO 2170509) y el patrocinio Programa de Doctorado en Estudios Interdisciplinarios sobre Pensamiento, Cultura y Sociedad de la Universidad de Valparaíso. Agradezco a la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, Valparaíso-Talca, por poner a disposición su base de datos para la realización de este trabajo y a Manuel Cárdenas Castro por su asesoramiento estadístico.

Key words: Gynecological violence, Violence against women, Health centers, Access barriers to health services.

Recibido: 17 de octubre de 2023 Aceptado: 28 de noviembre de 2023

Introducción

Desde hace más de dos décadas se han comenzado a realizar diversos estudios sobre violencia y abuso en los servicios de salud centrados en la percepción de las usuarias de haber sido maltratadas, abusadas o tratadas de forma irrespetuosa por el personal de salud (D'Oliveira, Diniz, Schraiber, 2002; Berglund, Westin, Svanström et al., 2012; Wijma, Zbikowski & Brüggemann, 2016; Schroll, Kjaergaard & Midtgaard, 2013). Estas violencias vividas al interior de un espacio al que se acude precisamente para recibir cuidados y del cual se espera respeto, pueden producir malestar y sufrimiento inmediato o de largo plazo (Brüggemann & Swahnberg, 2013) como, igualmente, dañar la confianza en el sistema de salud (Swahnberg, Wijma, Hearn, et al, 2009).

En este contexto es de suma relevancia conocer lo que sucede en ginecología, disciplina médica que se ha centrado exclusivamente en la salud sexual y reproductiva de las personas cuyo sexo asignado al nacer es de mujeres. Los reportes de abuso aumentan de forma significativa en ginecología (Swahnberg, Schei, Hilden et al., 2010; Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, INSGENAR, 2003 y 2008), siendo estas prácticas de violencia asociadas a resultados negativos de salud de quienes asisten a dichos servicios (Schroll, Kjaergaard, Midtgaard, 2013). La organización española Asociación de Mujeres para la Salud en un estudio realizado el año 2018 señaló que la mitad de las más de dos mil personas asignadas mujeres al nacer que participó afirmó haber sido maltratadas en los servicios de salud ginecológica.

Latinoamérica ha sido una región pionera en el mundo en señalar, visibilizar y nombrar el abuso y la violencia sistemática que se ejerce contra las mujeres en el contexto de las atenciones de salud sexual y reproductiva y específicamente en relación con el parto-nacimiento y del aborto, llamándola violencia obstétrica (Quatrocchi y Magnone, 2020). Esta violencia niega nuestros derechos sexuales y reproductivos, así como nuestros derechos humanos (Arguedas; 2014, Belli, 2013; Bellón, 2015; Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2016). Estos trabajos son fruto del empeño por relevar la magnitud de la violencia y hacia las mujeres en la atención de salud y posibilitar desde allí su erradicación (D'Oliveira, Diniz & Schraiber, 2002; Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, 1998; Fernández y Contreras, 2015; Gonçalves Da Silva, Carreira, Pinheiro et al., 2014; INSGENAR, 2003 y 2008; Pozzio, 2016). Dichos estudios exponen además cómo la falta de respeto, la humillación y diversas expresiones de violencia que van desde la denegación de la atención, el uso de fuerza física, hasta la exposición a sufrimientos innecesarios, son prácticas comunes en los servicios públicos como privados de salud. En este panorama desde hace más de dos décadas tanto organizaciones

de mujeres y feministas de la región (Gómez, 2007; Nacer en Libertad, 2015; Quattrochi y Magnone, 2020), como organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1985, 2014) están advirtiendo de la necesidad de erradicar las prácticas que constituyen violencia y malos tratos. Sin embargo, dada la permanencia en el tiempo de éstas, asistimos a su alto grado de normalización, naturalización y legitimación tanto a nivel institucional como entre las y los profesionales de salud que atienden en dichos servicios.

Específicamente en Chile los resultados de la Primera Encuesta sobre el Nacimiento (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2018) nos muestran un panorama de violencia no muy diferente al de otros países de la región. Es así como en la atención del parto se siguen reproduciendo rutinariamente intervenciones contraindicadas por la Organización Mundial de la Salud (2019), entre las que se encuentran monitoreo fetal continuo, administración de oxitocina artificial, tactos reiterados, la maniobra de Kristeller (comprensión del abdomen en el momento de la contracción), rasurado de genitales, rotura de membranas, episiotomía (incisión en el periné, cuyo objetivo es agrandar el canal de parto, considerándose por su magnitud y efectos en la sexualidad por Wagner (1999) como mutilación genital), entre otras.

Ampliando el campo: desde la violencia obstétrica hacia la violencia vivida en las consultas ginecológicas

Principalmente se han desarrollado esfuerzos por estudiar y denunciar la experiencia de violencia en la gestación, el parto- nacimiento y el aborto, dado su alto grado de medicalización y las graves violaciones a los derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos que conlleva la violencia obstétrica (Belli, 2013; INSGENAR, 2003 y 2008) pero también es necesario estudiar y generar información en torno a la violencia vivida dentro de la consulta ginecológica ya que atañe a un enorme grupo de personas que acuden a dichos servicios por afecciones ginecológicas (dismenorrea, molestias menstruales, endometriosis, dolor pélvico, incontinencia urinaria, entre otras), o para realizarse el examen del PAP u otros exámenes como mamografías, respondiendo al llamado incesante de las autoridades de salud y son dañadas. Esta violencia se encuentra aún más invisibilizada y silenciada dejando fuera del debate sobre la violencia a aquellas personas que no tienen como motivo de consulta la reproducción y que pertenecen a grupos más vulnerabilizados, como mujeres mayores o muy jóvenes, lesbianas y disidencias genérico-sexuales. Dentro de los estudios que han pesquisado la violencia ginecológica se encuentra Ser lesBIana en Chile, realizado por la Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio (2019), el cual señala que un 68% afirma que ha dejado de realizarse el PAP y un 50.7% ha dejado de asistir a la consulta ginecológica para evitar ser discriminada al develar su orientación sexual. Cuestión preocupante porque debido a la heteronormatividad de estos espacios y la violencia que en ellos se despliega hacia su grupo, se margina a las mujeres lesbianas y bisexuales de los cuidados ginecológicos, haciéndolas exponerse a enfermedades (Cano, 2019).

Por todo lo anterior pensamos que la violencia ginecológica engloba y en muchas ocasiones antecede a la violencia obstétrica y que incorporarla puede contribuir a conocer más a fondo la

violencia que se dirige hacia las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer en el ámbito de la atención de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, en las diversas etapas de sus vidas. En este sentido es relevante conocer qué es lo que sucede en la consulta ginecológica y qué efectos tiene sobre las personas que asisten a ella. La examinación ginecológica de rutina es considerada una situación altamente estresante, dolorosa, que produce gran ansiedad y miedo (O'Laughlin, Strelow, Fellows, et. al, 2021), ya que exige exponer los genitales, mientras se introducen objetivos (espéculo) y se realizan procedimientos en una zona íntima del cuerpo que conciernen a la esfera de la sexualidad (Bates, Carroll & Potter, 2011). Por todo lo anterior, el cuidado y delicadeza en el trato son esenciales para ofrecer una experiencia segura y positiva en la consulta.

Con todo, para muchas de las personas que requieren servicios de ginecología, la atención ginecológica puede llegar a ser una experiencia traumática, ya que además de la vulnerabilidad que constituye la posición en la camilla, en ella se refuerza una relación jerárquica propia de la atención médica dada la relación de dominación y subordinación de lo femenino en la sociedad que dificulta el ejercicio de la autonomía para quienes se atienden. Muchas veces somos impelidas a asistir a la consulta ginecológica como un nuevo mandato de género, el cual opera mediante retóricas que aluden al cuidado de nuestra salud sexual (Cárdenas et al., 2020^a; Salinero y Cárdenas, 2021; Cárdenas y Salinero, 2023; O'Laughlin, Strelow, Fellows, et. al, 2021) mientras se nos infringe daño por parte de quienes se supone deberían cuidarnos, pudiendo provocar profundas consecuencias a nivel emocional, físico, sexual y relacional.

Bajo el concepto de violencia ginecológica se incluyen todas aquellas prácticas realizadas por integrantes del equipo de salud (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es, etc.) en el marco de la atención ginecológica, que naturalizan y legitiman 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, falta de consentimiento expreso para la examinación), las acciones directas de violencia psicológica o física referidas al cuerpo de quienes se atienden (comentarios o acciones impertinentes respecto al cuerpo, medicalización excesiva, uso de procedimientos intencionalmente dolorosos, etc.) y/o 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.). Estas prácticas pueden afectar psicológica, física y/o sexualmente, pudiendo tener un profundo impacto en la calidad de vida de quienes la experimentan. Se trata de una forma específica de violencia contra las personas cuyo sexo asignado al nacer fue de mujeres, basada en prejuicios de género y que hace que quienes la experimentan pueden sentirse impotentes, ignoradas o anuladas (Swahnberg, Thapar-Björkert, Berterö, 2007) o desarrollar una serie de cuadros clínicos (tales como depresión, trastorno ansioso, estrés postraumático, etc.) o de consecuencias físicas (dispareunia, dolor crónico, etc.), los que pueden producirse de forma inmediata o con años de distancia después del incidente (Blondin, 2019).

Es importante señalar que esta definición toma los aportes generados en el campo de la violencia obstétrica. Asimismo, tanto la violencia ginecológica como obstétrica convergen en sus consecuencias negativas como la apropiación del cuerpo, la medicalización y patologización de procesos fisiológicos y la pérdida de autonomía y/o capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre el cuerpo y la sexualidad, sobre todo cuando las identidades de las personas no se ajustan al binarismo de género, que hegemoniza y norma a través del sistema de salud.

Impacto y transformaciones en el sí misma, el cuerpo y la sexualidad

La violencia dirigida hacia las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer puede impactar y transformar profundamente la experiencia que tienen sobre sí mismas, respecto de su cuerpo y su sexualidad (Cárdenas et al., 2020^a; Janof-Bulman R, 1992; Lynch, Graham-Bergman, 2000, García-Núñez et al., 2022; Ackard, Kearney-Cooke & Peterson, 2000; Davidson & Gervais, 2015; Kearney-Cooke & Ackard, 2000). El concepto de sí misma/o, entendido como autoimagen, es un proceso en constante actualización, que determinaría nuestra individualidad y que configuraría nuestra manera de vivir (Rogers, 1959). Al mismo tiempo el sí misma es una vivencia encarnada y dinámica por lo que incluye la percepción del cuerpo y de la sexualidad (Esteban, 2004).

Para comprender la complejidad de la violencia contra las personas cuyo sexo asignado al nacer fue de mujeres, y en particular la extensión de dicha violencia al espacio de la salud ginecológica es necesario tener claro que el abuso está asociado a factores estructurales (existencia de jerarquías y asimetrías de poder) y que, por lo mismo, se producirá muchas veces, a pesar de los intentos por parte del personal de salud de brindar la mejor atención que les sea posible. La violencia directa no es sino un efecto de la violencia estructural (Galtung, 1990) instalada al interior del sistema de salud como reflejo de una violencia sociocultural mayor que legitima y ampara un trato discriminatorio hacia las personas asignadas mujeres al nacer y en la que el género (como construcción de carácter binario) asigna roles y comportamientos, estructurando y sosteniendo una relación asimétrica de poder. La transgresión de los roles asignados al sexo es castigada socialmente. Asimismo, las disparidades en los resultados de salud deben pensarse desde la conexión entre procesos sociales y biológicos, dado que en la ciencia se reproducen los mismos sesgos instalados en el plano cultural (Martin, 2001; Valls-Llobet, 2017).

La reproducción de las expectativas de género hace que muchas personas que asisten a dichos servicios vivan en silencio la violencia ginecológica y no la denuncien, contribuyendo a reproducir las estructuras existentes (y los estereotipos de sexo/género). Sin embargo, el proceso de denuncia resulta revictimizante tal y como está instituido hasta ahora en el país, por lo que finalmente la desincentiva (Colectiva contra la violencia Ginecológica y Obstétrica, 2023). Además, se ha constatado la complicidad de parte del personal de salud, el cual se niega a reconocer que sus prácticas están reñidas con la ética (Glover, 2001) dejando el problema en la calidad de la atención, la infraestructura y la falta de recursos, sin realizar el cuestionamiento a

sus prácticas y a la formación médica (Castro, 2014; Sesia, 2020; Villanueva, Ahuja, Valdez et al., 2016). La desconexión de sus acciones con las consecuencias de éstas, generan un terreno propicio para la deshumanización de las relaciones sociales. Cuando esto acontece en el sistema de salud y particularmente en las atenciones de ginecología y obstetricia, estamos frente a experiencias que son parte del continuo de violencia hacia las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer.

Es importante señalar que además del ya mencionado sistema sexo/género, los criterios raciales y étnicos, la clase social, la situación de discapacidad pueden servir a fines de discriminación, violencia y exclusión entre grupos de modo de mantener las brechas de poder entre unos y otros. Lo anterior ha sido llamado interseccionalidad (Crenshaw, 1991) e indica en que cada persona sufre opresión u ostenta privilegios en base a su pertenencia a diversas categorías sociales que operan simultáneamente. De este modo, la experiencia dentro de los servicios de ginecología tendrá aspectos comunes y diferenciales, debido a la pertenencia o adscripción a otras categorías relevantes para la jerarquización social, esto es, a su pertenencia a múltiples sistemas de desigualdad (Bastos, Harnois & Paradies, 2017). Diversos estudios revelan que las personas pertenecientes a varios grupos vulnerabilizados experimentan peores resultados de salud (Calabrese, Meyer, Overstreet et al., 2015; Grollman, 2014; Harnois, 2014). En este sentido, la interseccionalidad es una herramienta analítica útil para conocer cómo opera diferencialmente la violencia ginecológica entre las personas que acuden a los servicios de ginecología, evidenciando está violencia será más probable de ser vivida o se intensificará si aquellas personas que la padecen se ubican en posiciones sociales subalternizadas.

Dicho todo lo anterior, el objetivo de este trabajo es presentar los impactos que la violencia ginecológica provoca en la imagen de sí mismas (autoimagen y autoestima), sus cuerpos y sexualidad en quienes la vivencian en nuestro país. Conocer dichos impactos contribuye a denunciar las profundas huellas que deja la violencia ginecológica en quienes la vivencian en el entendido que es desde los efectos negativos que produce una práctica de violencia que es como podemos juzgarla.

Método

Este estudio se sitúa entre las metodologías militantes (Conti, 2004; Camacho, 2020) cuya motivación es ayudar a generar una conciencia crítica en las personas que participan, que colabore con la transformación social. Los datos que serán utilizados fueron producidos por la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, colectiva feminista de la cual quién escribe forma parte desde el año 2018, a través de la Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica GINOBS 2020 (Colectiva Contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020) realizada entre fines del año 2019 y principios del 2020. Nuestra intención fue crear una encuesta de parte (Conti, 2004), es decir, posicionada desde la existencia de la violencia ginecológica como práctica habitual en los servicios de ginecología. Es por ello por lo que concebimos a la encuesta como una herramienta política colectiva que insta a situarse a

quienes la contesten desde la experiencia y que, al mismo tiempo, nos posibilitaba llegar a muchas personas en diferentes territorios del país (García-Núñez et al, 2022). Dicho lo anterior, nuestra pretensión no fue obtener información sino más bien generar una reflexión desde lo individual, evidenciando lo común de esta vivencia que permitiera visibilizar el carácter político de la violencia ginecológica como una forma de violencia que reproduce y refuerza la estructura de dominación de género, racista, clasista y heteropatriarcal en que vivimos.

Participantes

La muestra está compuesta por 4563 participantes, mayores de edad, asignadas como mujeres al nacer, de todas las regiones del país. Los requisitos de inclusión fueron haber asistido alguna vez a servicios ginecológicos en Chile y ser mayores de edad. La edad fluctuó entre 18 y 82 años ($M=30,9$, $DT=9,7$). Del total de participantes el 98,5% nacieron en Chile, el 1,5% en el extranjero, pero residen en Chile desde hace al menos un año. Un 15,5% declara sentirse parte de alguna etnia originaria y un 3,9% se considera afrodescendiente. Con respecto a su orientación sexual, un 83,7% se considera “heterosexual”, 12% se declara “bisexual” y un 1,9% se califica de “gay, lesbiana u homosexual”. Un 2,4% marcó la opción “Otra orientación sexual” (ejemplos de esta categoría son “pansexual”, “asexuada”, “genero fluido”, entre otras). Al consultar por la identidad de género y sexual un 97,5% se califica como “Mujer”, 1,9% se declara como “No conformista (queer) o no binario (ni hombre ni mujer exclusivamente)”, el 0,4% se declara “Hombre” y el 0,1% como “Hombre transgénero/Hombre Trans/Mujer a hombre (FtM)”. La edad media para la primera consulta ginecológica fue de 17,1 años ($DT=3,5$ y rango entre 4 y 45 años) y la frecuencia de asistencia a control ginecológico fue mayoritariamente anual ($M=11.67$, $DT=10,9$, Rango entre 1 y 360 meses). Del total de participantes, un 61% tiene cobertura del sistema público de salud (FONASA) y un 34% por el sistema privado (ISAPRES). Un 4% declara no estar cubierta ni por el sistema público ni privado, y un 1% se encuentra en otro (generalmente vinculados a familiares de las fuerzas armadas y de orden). Ante la pregunta por el lugar en que realiza su atención ginecológica un 58,4% “En clínica privada o médico particular”, un 32,3% “En servicio público”, un 1,6% en “Otra” (“talleres de ginecología natural”, “matrona feminista”, “servicios de salud universitarios”, entre otros) y un 1,7% dice no tener acceso a atención ginecológica. Resulta importante destacar que un 5,9% afirma que “Dada su experiencia anterior no se realiza atención ginecológica”.

Procedimiento

Como ya he mencionado los datos utilizados corresponden a la Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica *GINOBS* 2020 (Colectiva Contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020), la cual fue realizada mediante plataforma electrónica (SurveyMonkey©). La base de datos de dicho cuestionario fue liberada para investigadoras e investigadores durante el año 2021, por los que éstos son de orden secundario. El diseño es de carácter transversal y no probabilístico. Quienes participaron completaron un consentimiento informado en que se les explicaban los principales objetivos del estudio y se les ofrecían condiciones de anonimato y

confidencialidad (aunque también la posibilidad de contactarnos y entregarnos/recibir información adicional sobre el estudio o los contenidos de éste).

Instrumento

La primera parte del instrumento corresponde a información sociodemográfica. La segunda quedó compuesta por diversas medidas que indagan en posibles experiencias de violencia ginecológica y en el impacto que dicha violencia pudo tener en diversos ámbitos de la vida de quienes la padecieron.

Escala de Violencia Ginecológica. Instrumento constituido por trece ítems en formato Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (“No describe para nada lo que me ocurrió”) hasta 5 (“Definitivamente esto me ocurrió”). La escala, creada para esta encuesta (Cárdenas, Salinero y García, 2020) indaga en diversas formas de violencia psicológica [“El personal de salud juzgaba tus prácticas sexuales o se refería a ellas en tono moralizante”], física [“Fuiste víctima de prácticas violentas (uso de fuerza, procedimientos dolorosos innecesarios, etc.)”] y sexual [“Sentiste alguna vez que te realizaron tactos o “tectos” inapropiados dado el motivo de tu consulta y que te hicieran sentir que se vulneraba tu intimidad”] ocurridas en el ámbito de la atención ginecológica, y realizadas por parte del equipo médico. La escala ha sido validada para su uso en Chile, mostrando ser un buen instrumento para detectar violencia ginecológica. El índice de fiabilidad para esta aplicación fue de .88 (alfa de Cronbach). Al finalizar el cuestionario se solicitaba que, dado las respuestas anteriores, nos indicaran si sentían que habían vivido alguna forma de violencia ginecológica.

Experiencias de transformación con posterioridad a las experiencias de violencia ginecológica. Se presentaron tres preguntas que apuntaban a medir cambios en la experiencia del propio cuerpo (“¿Sientes que la experiencia de violencia ginecológica afectó negativamente su autoimagen corporal?”), su autoestima (“¿Sientes que la experiencia de violencia ginecológica afectó negativamente tu autoestima?”) y su sexualidad (“¿Sientes que la experiencia de violencia ginecológica afectó negativamente tu sexualidad?”). Del mismo modo, se incorporaron tres preguntas en formato Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde 1 (“Me afectó muy poco”) hasta 5 (“Me afectó muchísimo”), destinadas a cuantificar dichos cambios.

Necesidad de apoyo en salud mental dentro y fuera del Modelo Médico Hegemónico (MMH). Se integraron dos preguntas cuya finalidad fue pesquisar la necesidad de acudir a consultas de salud mental y a terapias alternativas y/o redes de apoyo (formato de respuesta dicotómico), y dos en formato Likert con cinco opciones de respuesta que indagan en cuánto siente que dichas acciones le ayudaron (1 = “Muy poco”, 5 = “Muchísimo”).

Análisis de datos

Para todos los análisis se usaron los programas SPSS 20.0 y G*Power 3.1.6. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, medias, desviación estándar), análisis de correlaciones de

Spearman (para variables continuas y ordinales), de regresión lineal múltiple (método por pasos hacia adelante) y comparaciones de medias entre grupos (pruebas *t* para muestras independientes y ANOVAS de un factor), para todas las cuales se han calculados los tamaños de los efectos (*d* y *f* de Cohen).

Resultados

Comenzaremos reportando los resultados sobre la pregunta referida a la percepción de haber vivido violencia ginecológica, los cuales nos indican que un 67% de las personas participantes (*N*=3055) de la muestra siente que ha vivido violencia en su atención ginecológica. Las situaciones de violencia ginecológica que reportan más frecuentemente las participantes son los procedimientos intencionalmente dolorosos (80,2%), el tener que desvestirse sin que haya relación con el motivo de consulta (61,7%), sentirse infantilizadas o ignoradas al preguntar sobre su salud ginecológica (60,1%), sentir que sus preguntas no eran apropiadamente respondidas por el personal de salud (58,2%), comentarios inapropiados sobre su cuerpo o genitales (56%), los tactos inapropiados (49,4%), ser medicadas sin que se le explicara para qué (31%), sentir que juzgaban sus prácticas sexuales (27,1%), regaños o amenazas por parte del personal (25,9%), procedimientos realizados sin guantes (8,7%), introducción de objetos inapropiados para el procedimiento (4,9%) y acoso sexual (4,5%). Es importante exponer que 8 personas (0,3%) señalaron haber sido violadas en la consulta ginecológica. Del total de participantes que reportaron haber vivido violencia ginecológica, un 23,9% siente haber vivido violencia sexual en alguna de sus atenciones ginecológicas, pero sólo un 2,5% realizó una denuncia por ello. Un 3,2% intentó hacer la denuncia, pero no se la recibieron. Entre quienes denunciaron un 62,5% declara haber sufrido malos tratos al denunciar los hechos.

En la Tabla 1 podemos observar las medias para la escala de violencia ginecológica y las tres dimensiones que la componen en los diversos grupos (violencia psíquica, física y sexual). Al comparar las puntuaciones de las personas asignadas mujeres al nacer que se atienden en servicios de ginecología públicos y privados encontramos diferencias en la escala general ($t(2630)=4,95$, $p<.001$, $d=.20$) y en las dimensiones referidas a violencia psicológica ($t(2630)=4.11$, $p<.001$, $d=.17$) y sexual ($t(2630)=5.82$, $p<.001$, $d=.24$). En todos los casos las puntuaciones son más altas para quienes se atienden en servicios públicos. Al comparar los grupos atendiendo a los reportes sobre el impacto que la experiencia de violencia ha provocado en su cuerpo, autoimagen, autoestima y sexualidad se constatan diferencias significativas en la última de estas variables ($t(2491)=2.09$, $p=.036$, $d=.09$).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	Violencia ginecológica <i>M(DT)</i>	Violencia psíquica <i>M(DT)</i>	Violencia física <i>M(DT)</i>	Violencia sexual <i>M(DT)</i>
Atención en servicios de salud públicos (<i>n</i> =1383)	2.53(1.02)	2.77(1.19)	1.83(1.13)	2.71(1.36)

Atención en servicios de salud privados (<i>n</i> =2666)	2.22(0.98)	2.43(1.18)	1.70(1.07)	2.31(1.29)
Pertenece a etnia originaria (<i>n</i> =706)	2.64(1.04)	2.87(1.21)	2.00(1.21)	2.77(1.39)
No pertenecen a etnia originaria (<i>n</i> =3857)	2.34(1.01)	2.57(1.19)	1.75(1.09)	2.45(1.33)
Afrodescendientes (<i>n</i> =180)	2.72(1.04)	2.98(1.21)	2.03(1.23)	2.85(1.27)
No afrodescendientes (<i>n</i> =4383)	2.38(1.02)	2.60(1.20)	1.77(1.11)	2.49(1.34)
Orientación sexual heterosexual (<i>n</i> =3818)	2.33(1.02)	2.53(1.20)	1.75(1.10)	2.56(1.34)
Orientación sexual no heterosexual (<i>n</i> =636)	2.68(0.97)	3.04(1.11)	1.94(1.18)	2.71(1.34)
Recurren a atención de salud mental (<i>n</i> =408)	3.31(0.86)	3.49(1.06)	2.45(1.25)	3.69(1.13)
No recurren a atención de salud mental (<i>n</i> =3185)	2.51(0.94)	2.76(1.14)	1.84(1.12)	2.63(1.30)
Recurren a terapias alternativas (<i>n</i> =751)	3.24(0.87)	3.48(1.03)	2.33(1.25)	3.57(1.19)
No recurren a terapias alternativas (<i>n</i> =2842)	2.43(0.92)	2.67(1.13)	1.80(1.10)	2.53(1.28)

Del mismo modo, se constatan diferencias estadísticamente significativas en la escala completa ($t(3053)=4.26$, $p<.001$, $d=.13$) y en las tres dimensiones ($t_{psíquica}(3053)=3.36$; $p=.001$, $d=.16$; $t_{física}(3053)=3.37$; $p=.001$, $d=.15$; $t_{sexual}(3053)=2.81$; $p=.005$, $d=.20$) entre quienes se identifican como pertenecientes a etnias originarias y quienes no se sienten pertenecientes a ellas. En todos los casos, las puntuaciones más altas las presentan las participantes que se sienten parte de alguna etnia originaria. Si nos centramos en este grupo ($N=706$), los reportes de percepción de haber vivido violencia ginecológica se elevan a un 74,5%, porcentaje similar al de aquellas personas que se consideran afrodescendientes ($N=180$) y que afirman en un 76,1% haber vivido violencia ginecológica. Es importante destacar que este último grupo puntúa significativamente más alto que quienes no son afrodescendientes en la escala general ($t(3053)=3.04$, $p=.002$, $d=.25$) y en la dimensión referida a violencia psicológica ($t(3053)=2.81$, $p<.005$, $d=.24$). Respecto del reporte sobre el impacto que la experiencia de violencia ginecológica tiene en las vidas de las participantes, se constatan diferencias significativas en la percepción del propio cuerpo producto de dicha violencia entre quienes se consideran pertenecientes a un pueblo originario ($t(2895)=2.01$, $p=.044$, $d=.10$). Entre quienes se consideran afrodescendientes y quienes no lo son, no se constatan diferencias en la percepción del cuerpo, su autoimagen, su autoestima o su sexualidad.

Si atendemos a la orientación sexual declarada por las participantes, un 75,6% de aquellas personas que son lesbianas y/o disidentes sexuales afirman haber experimentado violencia ginecológica, y aquí detectamos diferencias significativas en la escala completa ($F(2,2991)=17.26$, $p<.001$, $f=.11$) y la dimensión que mide reportes de violencia psíquica ($F(2,2991)=31.55$, $p<.001$, $f=.15$) con las personas heterosexuales. Al comparar estos grupos en el reporte del impacto que la violencia ha tenido en su imagen corporal, su autoimagen, su autoestima y su sexualidad, no se constatan diferencias significativas estadísticamente.

Tabla 2. Correlaciones entre las distintas variables

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Violencia ginecológica	.889**	.703**	.835**	-.058**	-.052**	.166**	.104**	.108**	.071
Violencia psíquica (1)	*	.464**	.562**	-.137**	-.066**	.114**	.063*	.099**	.054*
Violencia física (2)		*	.488**	.046**	-.015	.061*	.030	.037	.006*
Violencia sexual (3)			*	.012	-.031*	.097**	.070**	.091**	.015
Edad (4)				*	.295**	-.031	-.046**	-.063**	-.069**
Nivel educacional (5)					*	-.004	-.002	.006	.005
Imagen cuerpo (6)						*	.727**	.642**	.566**
Autoimagen (7)							*	.758**	.633**
Autoestima (8)								*	.655**
Sexualidad (9)									*

Para analizar la relación existente entre nivel educacional, la edad y los reportes de violencia ginecológica hemos realizado una serie de correlaciones (ver Tabla 2). Los resultados nos enseñan una relación negativa y significativa entre el nivel de estudios con las puntuaciones a la escala total ($r=-.052$, $p<.001$), la dimensión violencia psíquica ($r=-.066$, $p<.001$) y violencia sexual ($r=-.031$, $p<.005$). Lo anterior implicaría que, a menor cantidad de años de estudios formales, mayor es la violencia reportada. Respecto a la edad, se revela una relación lineal significativa entre la edad con la puntuación a la escala total ($r=-.058$, $p<.001$), así como con las dimensiones de violencia, psíquica ($r=-.137$, $p<.001$) y física ($r=.046$, $p<.001$). Para el caso de la violencia psíquica podemos indicar que a menor edad mayor nivel en el reporte de dicha violencia. En relación con la violencia física se nos presenta una relación inversa, a mayor edad

se reportan más violencia física y sexual. Del mismo modo, se constata una relación lineal y significativa entre las puntuaciones a la escala total y el impacto reportado en la imagen corporal ($r=.166$, $p<.001$), la autoimagen ($r=.104$, $p<.001$), autoestima ($r=.108$, $p<.001$) y la sexualidad ($r=.071$, $p<.001$).

Las variables que mejor explican el impacto en la percepción del propio cuerpo ($R^2=.026$, $F(2,2894)=38.37$, $p<.001$) son la violencia psíquica ($\beta=.11$) y la sexual ($\beta=.09$). Los cambios en la autoimagen ($R^2=.025$, $F(2,2894)=19.86$, $p<.001$) son mejor expresados por la violencia psíquica ($\beta=.103$) y la edad ($\beta=-.042$). Las consecuencias en la autoestima son explicadas por ($R^2=.019$, $F(2,2894)=19.17$, $p<.001$) la violencia psíquica ($\beta=.094$), la violencia sexual ($\beta=.060$) y la edad ($\beta=-.056$). Finalmente, las consecuencias más profundas en la vida sexual ($R^2=.012$, $F(2,2894)=13.09$, $p<.001$) serían parcialmente predichas por la violencia psíquica ($\beta=-.054$), la edad ($\beta=-.069$) y la violencia sexual ($\beta=.056$). Es decir, la percepción de haber sufrido más violencia ginecológica en las diversas formas que hemos indagado (psíquica, física y sexual), permiten predecir parcialmente el impacto diferencial en diferentes esferas de la vida de las personas participantes. Así, una menor edad al momento de ocurrir la violencia predice mayor impacto en la percepción del propio cuerpo, la autoimagen, la autoestima y la sexualidad.

En relación a la manera de enfrentar las consecuencias negativas de la violencia vivida dentro de los servicios de ginecología en sus vidas, un 13,8% señala que acudió a atención de salud mental, mientras que un 25,5% señala que recurrió a terapias alternativas y/o redes de apoyo. Al comparar las medias de quienes solicitan atención de salud mental con quienes no lo hacen, constatamos diferencias significativas en las puntuaciones de la escala total ($t(2895)=12.31$, $p<.001$, $d=.66$), así como en las dimensiones de violencia psíquica ($t(2895)=8.24$, $p<.001$, $d=.45$), violencia física ($t(2895)=6.96$, $p<.001$, $d=.37$) y violencia sexual ($t(2895)=11.95$, $p<.001$, $d=.65$). También, se constatan diferencias significativas entre quienes acuden a terapias alternativas de quienes no lo hacen en las puntuaciones de la escala total ($t(2895)=15.28$, $p<.001$, $d=.65$), así como en las dimensiones de violencia psíquica ($t(2895)=11.42$, $p<.001$, $d=.48$), violencia física ($t(2895)=6.89$, $p<.001$, $d=.29$) y violencia sexual ($t(2895)=3.92$, $p<.001$, $d=.60$). De esta forma, los estadísticos anteriores exponen, como podía suponerse, que las personas que reportan mayores niveles de violencia son quienes más recurren a ayuda, tanto al interior del MMH como a terapias alternativas y otras redes de apoyo.

Discusión

Nuestro estudio señala que siete de cada diez participantes han experimentado la violencia ginecológica alguna vez en sus vidas al interior del sistema de salud, revelando una imagen de la consulta ginecológica y de la ginecología como práctica médica donde abunda la violencia, el maltrato y el abuso en nuestro país. La jerarquía y asimetría de poder, en conjunto con el prestigio social de la disciplina traza distancias que imposibilitan a quienes acuden a dichos servicios ser reconocidas como sujetos, más bien ocurre que son objetivadas y cosificadas (Castro, 2014). En este contexto sus voces no son escuchadas, sus dolores e inquietudes son

minimizados, si no negados, y en su lugar se instala el miedo y la amenaza. La psicoanalista relacional Jessica Benjamin (2012) plantea desde una perspectiva intersubjetiva que para que el sí misma/o pueda experimentar plenamente su subjetividad debe ser reconocido por otro/a, cuestión que sabemos por los resultados de este estudio que no se está produciendo, no hay reconocimiento en la consulta ginecológica. En este sentido, los resultados nos permiten sostener que la disciplina ginecológica produce y reproduce la violencia contra las personas asignadas mujeres al nacer, siendo una extensión de la violencia estructural que vivencian cotidianamente.

Si ya nos parecen preocupantes dichas cifras éstas crecen aún más cuando quien responde declaran sentirse parte de una etnia originaria o identificarse como afrodescendiente. Lo anterior no hace sino afirmar el carácter interseccional de la violencia ginecológica, en la cual las diferentes categorías sociales de opresión se superponen y operan simultáneamente intensificando la violencia. Así la violencia se puede incrementar de acuerdo con los prejuicios de cada profesional de salud, pero también debido a la violencia estructural a la que se ven expuestas estas comunidades. Por ejemplo, se considera a las mujeres de etnias originarias como hiper reproductivas (Quattrochi y Magnone, 2020), o en el caso de las mujeres afrodescendientes, sus cuerpos se han expuesto a una sexualización mayor que la de otros grupos, y ello puede considerarse, entre otras cosas, un factor de mayor exposición a la violencia, tal y como ellas reportan en nuestra encuesta, cuestión que la torna más compleja y que requiere de cambios profundos para su erradicación.

Insistiendo en lo expuesto más arriba, es importante recalcar también que la violencia que viven las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer al interior de los servicios de ginecología responde fundamentalmente a problemas sociales y políticos, que atañen al control de la sexualidad, la reproducción y el cuerpo, por lo que se ha identificado y denunciado hace más de cuarenta años como una disciplina al servicio de la dominación masculina por investigadoras al interior de la misma (Kaiser & Kaiser, 1974). Con todo, a pesar de que desde hace tiempo la ginecología está viviendo un proceso de feminización, a diferencia de lo que se pensaba, esto no ha significado un cambio sustancial de la práctica (Pozzio, 2016). Más bien asistimos a la reproducción de dicho control y dominación, lo que demuestra como plantea Castro (2014) que la práctica médica responde también a un habitus propio, nombrado como autoritario por el autor, gestado desde la formación en las escuelas de medicina, tanto como en la residencia y en la especialización, que posibilita la violencia y el abuso sin importar el género de la o el profesional.

Cuando constatamos que acudir a una consulta ginecológica puede generar cambios negativos en la percepción del sí mismas/os, de la autoimagen, del cuerpo y la sexualidad, estamos frente a una situación de una gravedad extrema, más aún si estos cambios son producidos por la experiencia de violencia psíquica, física o sexual. Así la violencia psicológica y sexual han sido las que mejor exponen el impacto negativo sobre la percepción del cuerpo. Muchas personas respondieron haber sido juzgadas y criticadas por el personal de salud por su apariencia y por su cuerpo (29,9%), como asimismo por sus prácticas sexuales (19.6%) y también tuvieron que

escuchar comentarios inapropiados de índole sexual referidos a su cuerpo o sus genitales (18%). Todas estas cuestionen redundan en una invasión e intromisión en ámbitos tan sensibles como el del cuerpo y la sexualidad que van mellando la percepción de sí mismas, transformando negativamente su autoimagen. Incluso puede generar, en el caso de la práctica sexual, en una disminución de ésta por largos períodos (Salinero, 2021). Al mismo tiempo hay que señalar que un grupo no menor respondió haber sido víctima de violencia sexual por parte del médico/a o de algún integrante del equipo médico de salud (9,5%) lo cual evidentemente repercute en la vivencia de la sexualidad y comprende una situación de suma gravedad. Todo lo anterior teniendo presente que la examinación ginecológica, como ya se ha indicado, produce gran ansiedad y a la cual a pesar de ello asisten miles de mujeres personas asignadas al nacer como mujeres cada año en nuestro país como un nuevo mandato de género y como la única forma autorizada y legitimada de cuidar de nuestra salud sexual (Ehrenreich, 2018).

Por otros estudios sabemos que la orientación sexual disidente es castigada en la consulta ginecológica (Agrupación Lésbica Rompiendo el silencio, 2018). La trasgresión de roles de género esperados para quienes han nacido mujeres es frecuentemente tema de discusión con las pacientes, lo cual muchas veces provoca el deambular por diversas consultas o simplemente dejar de asistir (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020). Todo lo anterior hace patente la necesidad de visibilizar y valorar la multiplicidad de formas en que se vive la sexualidad en la consulta ginecológica, criticando los modos en que se refuerza y reproduce la heteronormatividad (Brown, Pecheny, Tamburrino, et al., 2014; Cano, 2019) Para las lesbianas la examinación ginecológica, que implica muchas veces estar desnudas frente a un profesional varón, le agrega una dimensión de amenaza de agresión sexual en su imaginario social (Cárdenas y Salinero, 2023) pues como sabemos ocurren las agresiones y violaciones “correctivas” hacia las personas lesbianas, animadas por la profunda heteronormatividad y lesbodidio al interior de nuestra cultura y sociedad.

Las formas de violencia descritas como violencia ginecológica se encuentran tan normalizadas y legitimadas que se producen independiente de si las personas tienen capacidad de pagar por una salud privada o si debes conformarte con la que ofrece el sistema público, aunque los resultados obtenidos de los análisis indican que en esta última la violencia tiende a hacerse más explícita y directa, menos mediada y como hemos dicho más intensa en quienes adscriben a categorías subalternizadas en nuestra sociedad. Si las mujeres o personas asignadas mujeres al nacer se quejan son castigadas de diversas formas, algunas de ellas muy dolorosas. Están sujetas a la arbitrariedad y el abuso de poder por parte de quienes trabajan al interior del sistema médico, quienes muchas veces hacen aparecer la atención de salud ginecológica que se les brinda como una especie de favor (Cárdenas y Salinero, 2021). Esta naturalización podría hacer incluso que muchas mujeres y personas asignadas mujer al nacer que experimentan violencia puedan no ser capaces siquiera de detectarla.

El impacto reportado en la autoimagen, la autoestima, la forma de percibir el cuerpo y vivir la sexualidad es muy relevante para entender la dimensión política de esta violencia, que se dirige

específicamente a dañar la experiencia del cuerpo y la sexualidad, sobre todo en grupos que han sido históricamente subalternizados y vulnerabilizados, colaborando con ello a perpetuar la dominación. Es por ello no es casual que el impacto negativo en la percepción del propio cuerpo producto de la violencia ginecológica sea mayor en las personas que son pertenecientes a un pueblo originario, porque expresa el racismo estructural al que están expuestas. Hacerles sentir menos fuertes, más dependientes, inseguras, tristes, deprimidas, queriendo menos su cuerpo, son consecuencias del impacto de la violencia ginecológica. El daño generado por la violencia médica se traduce muchas veces en consultas de salud mental como ya hemos expuesto. Los resultados indican que mientras mayor es el impacto de la violencia, mayor es la posibilidad de que se deba recurrir a profesionales de salud mental, y podría deducirse que también podrá ser mayor la medicalización. En nuestro parecer existe evidencia de que el modelo de salud está generando iatrogenia, pero que la responsabilidad por la recuperación debe ser asumida de forma privada, como si atañera a esa persona que fue violentada y no a un sistema que produce violencia. Es por esto por lo que es necesario nombrar la violencia vivida en estos espacios como violencia ginecológica, pues cuando los fenómenos no tienen un nombre parecieran no tener existencia, y si no se pueden ver no se pueden modificar. De allí que este esfuerzo dirigido a visibilizar esta forma la violencia ginecológica, como forma de violencia basada en el género e interseccional, se constituya en un importante problema de salud pública. No solo por su frecuencia, que como ya hemos visto es abrumadora, sino por los enormes y duraderos impactos que puede traer consigo.

Es importante señalar que este estudio posee como principal limitación su carácter no representativo. Sin embargo, lo anterior no le resta importancia a los resultados, pero limita su capacidad para generalizarlos al conjunto de la población de mujeres y personas asignadas como mujeres al nacer en Chile, dado que incluye una serie de sesgos relacionados con la auto-selección de la muestra (por ejemplo, acceso a internet y que quienes están más motivadas para contestar son, probablemente, son aquellas personas que han vivido violencia en la consulta ginecológica). Pero de todas formas constituye un gran esfuerzo por contribuir a problematizar la violencia ginecológica, porque no debemos olvidar que son sus/nuestras vidas, su potencia, goces, los que están en juego en esta violencia que limita nuestra libertad, daña nuestra sexualidad y puede incluso llegar a cambiar negativamente la percepción del sí misma, volviendo ajenos a nosotras mismas nuestros propios cuerpos (García et al., 2022).

Referencias

- Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio. Ser lesBIana en Chile. Estudio exploratorio; 2019. <https://www.dropbox.com/s/coedabjg1gxa4en/Estudio%20exploratorio%20Ser%20Lesbiana%20en%20Chile.pdf%20FINAL.pdf?dl=0>
- AMS, Asociación Mujeres para la Salud. (2018) Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres. www.mujeeresparalasalud.org.

- Ackard D, Kearney-Cooke A, Peterson C. (2000) Effect of Body Image and Self-image on Women's Sexual Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4): 422–429. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200012\)28:4<422::AID-EAT10>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200012)28:4<422::AID-EAT10>3.0.CO;2-1)
- Bastos J, Harnois C, Paradies Y. (2017) Health care barriers, racism and intersectionality in Australia. *Social Science and Medicine*. 2017; 199(209): 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.010>
- Bates, C. K., Carroll, N., & Potter, J. (2011). The challenging pelvic examination. *Journal of general internal medicine*, 26(6), 651–657. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1610-8>
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/unesco*, 1, 7. http://www.unesco.org/ushs/red-bioetica/fileadmin/ushs/redbioetica/Revista_7/Ar
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la Biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>.
- Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 6, 1, 169-179.
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care--patients' experiences from hospital settings. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7, 1–9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18688>
- Blondin M. (2019) Obstetrical and Gynaecological Violence. Report of Committee on Equality and Non-Discrimination. Parliamentary Assembly, Council of Europe.
- Brown, J. L. Pecheny, M., Tamburrino, M.C., Luciani Conde, L., Perrotta, G.V., Capriati, A., Andia, A. M., Mario, S. e Ibarlucia, I. (2014) Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface*, 18(51):673-84 <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0049>
- Brüggemann AJ, Swahnberg K. (2013) What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories". *International Journal of Nursing Studies*, 50: 404–412. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.003>
- Calabrese S, Meyer I, Overstreet N, Haile R, Hansen N. (2015) Exploring discrimination and mental health disparities faced by black sexual minority women using a minority stress framework. *Psychology Women Quarterly*, 39(3): 287-304. <https://doi.org/10.1177/0361684314560730>
- Cano V. (2019) Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cisnormalización. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 33: 42–58. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.03.a>
- Cárdenas Castro, M., Salinero Rates, S. y García Núñez, C. (2020) Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 80 (3): 187-196. <http://www.sogvzla.org.ve/sogvzla20186/cms/svcobtenerpdfrevista.php?id=0000000100&tipo=normal&fila=5>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es.

Cárdenas Castro, M. y Salinero Rates, S. (2023). Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. *Rev Obstet Ginecol Venez.*, 83(1), 54-66. <https://doi.org/10.51288/00830109>

CLADEM, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. (1998) *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú*. Lima: CLADEM/CRLP.

Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica. (2020) *Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados*. Valparaíso, Chile. <https://drive.google.com/file/d/1fh7zQQ7V4c-Ij1eQDiZaHIJyKFsS9ooe/view?usp=sharing>

Conti, A. (2004) “La encuesta como método político. El objetivo de la encuesta no es la interpretación del mundo sino la organización de su transformación: ambas cosas van siempre unidas”. En Marta Malo (edit) *Nociones Comunes* p 55-67. Madrid: Traficantes de Sueños.

Crenshaw K. (1991) Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against women of color. *Stanford Law Review*, 46(6): 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>

Davidson M, Gervais S. (2015) Violence Against Women Through the Lens of Objectification Theory. *Violence Against Women*, 21(3): 330–354. <https://doi.org/10.1177%2F1077801214568031>

D’Oliveira, AF, Diniz, S & Schraiber, L. (2002) Violence against women in health-care institutions: an emerging problem”. *The Lancet*, 359: 1681–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)

Ehrenreich, B. (2018) When a “Routine” Exam Feels like an Assault. *Lenny*. <https://www.lennyletter.com/story/when-a-routine-exam-feels-like-an-assault>

Esteban, M. L. (1996) Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. *KOBIE*, N° VII. Fernández, C. y Contreras, N. (2015) El parto medicalizado en Chile. *Saberes, capitalismo y patriarcado*. Chile: Pensamiento y Batalla.

Galtung J. (1990) Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3): 291–305. <https://doi.org/10.1177/0022343390027003005>

García Núñez, C., Guzmán Guzmán, T., Salinero Rates, S., Vargas Castillo, D. (2022) Colonización de nuestros cuerpos territorios y usurpación de nuestra salud sexual. En: *Corporación Miles. Cuarto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile*. <https://mileschile.cl/que-hacemos/publicaciones/>

Gómez, Adriana (comp.). (2007). *Humanizando los nacimientos. El parto en manos de las mujeres*. Santiago: RMSLAC.

Glover J. (2001) *Humanidad e inhumanidad. Una historia moral del siglo XX*. Madrid: Cátedra.

Grollman E. (2014) Multiple Disadvantaged Statuses and Health: The Role of Multiple Forms of Discrimination. *Journal of Health and Social Behavior*. 2014; 55(1): 3–19. <https://doi.org/10.1177%2F0022146514521215>

Harnois C. (2014) Are Perceptions of Discrimination Unidimensional, Oppositional, or Intersectional? Examining the Relationship among Perceived Racial-Ethnic, Gender-, and Age-

- Based Discrimination. Sociological Perspectives, 57(4): 470–487.
<https://doi.org/10.1177/0731121414543028>
- INSGENAR, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. (2003) Con todo al aire 1. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rosario: INSGENAR/CLADEM.
- INSGENAR, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. (2008) Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rosario: INSGENAR/CLADEM.
- Janof-Bulman R. (1992) Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press.
- Kearney-Cooke A, Ackard D. (2000) The effect of sexual abuse on body image, self-image and sexual activity of woman. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 3(6): 54–60.
- Lynch S, Graham-Bergman S. (2000) Woman Abuse and Self-Affirmation. Influence on Women's Self-Esteem. *Violence Against Women*. 2000; 6(2): 178–197.
<https://doi.org/10.1177/10778010022181787>
- Martin E. (2001) *The woman in the body*. Boston: Beacon Press.
- Nacer en Libertad, memorias de parto. (2015) *Relatos de mujeres para renacer juntas*. Santiago de Chile: Quimantú.
- O'Laughlin, D.J., Strelow, B., Fellows, N., Kelsey, E., Peters, S., Stevens, J. & Tweedy, J. (2021). Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *J Prim Care Community Health*, 12: 2150132721992195. <https://doi.org/10.1177/2150132721992195>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1985) ¡El nacimiento no es enfermedad! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. 1985. <https://www.sarda.org.ar/images/1995/4-5.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración WHO/RHR/14.23. <https://tinyurl.com/tpjujyi>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2019) Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- OVO, Observatorio de Violencia Obstétrica. (2018) *Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile*. Santiago: Observatorio de Violencia Obstétrica.
- Pozzio, M.R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24, 1, 101-117. <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Quattrochi, P. y Magnone, N. (comp.) (2020) *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualizaciones, experiencias, medición y estrategias*. Cuadernos del ISCo: Buenos Aires.
- Salinero Rates, S. M. (2021). “Fue un terremoto”: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. *Debate Feminista*, 62. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>

- Salinero Rates, S. y Cárdenas Castro, M. (2021) Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. *Rev Obstet Ginecol Venez.*, 81 (3): 226-238. <https://doi.org/10.51288/00810306>
- Sesia, P. (2020) Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Quattrochi, P. y Magnone, N. (comp.) *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualizaciones, experiencias, medición y estrategias.* Cuadernos del ISCo: Buenos Aires.
- Schroll A, Kjaergaard H, Midtgaard, J. (2013) Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women – a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(74). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>
- Swahnberg K, Wijma B, Hearn J, Thapar-Björkert S, Berterö, C. (2009) Mentally Pinioned: Men's perceptions of being abused in health care. *International Journal of Men's Health*. 2009; 8(1): 60–71. <https://doi.org/10.3149/jmh.0801.60>
- Swahnberg, K, Schei, B, Hilden, M, Halsmesmaki, E, Sidenius, K, Steingrinsdottir, T & Wijma, B. (2010) Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86(3): 349–356. <https://doi.org/10.1080/00016340601185368>
- Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. (2007) Nullified: women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecologic*, 28(3): 161–67. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>
- Valls C. *Mujeres, salud y poder.* Madrid: Cátedra; 2007.
- Valls-Llobet, C. (2017) *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud.* Madrid: Capitan Swing.
- Villanueva, L., Ahuja, M., Valdez, R. y Lezana, M. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista conamed*, 21, 1, 7-25.
- Wagner M. (1999). Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet* (London, England), 353(9168), 1977–1978. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77197-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77197-X)
- Wijma, B, Zbikowski, A & Brüggemann, AJ. (2016) Silence, shame and abuse in health care: theoretical development on basis of an intervention project among staff. *BMC Medical Education*. 16(1): 75–88. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0595-3>