

Experiencias de mujeres en exploraciones e intervenciones ginecológicas y obstétricas

Maribel Galván Torres, Diana Isela Córdoba Basulto
y José Salvador Sapién López
Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El objetivo fue analizar las experiencias de 17 mujeres en las exploraciones e intervenciones ginecológicas u obstétricas que han recibido. Se utilizaron procedimientos cualitativos: entrevistas, elaboración de escritos personales y cuestionarios abiertos sobre estos temas. Las mujeres han acudido al médico si se encuentran en edad reproductiva, activas sexualmente, gestando o con alteraciones, irregularidades, daños o patologías en sexualidad o reproducción. Sus motivos de visita fueron, entre otros, primera menstruación, periodo menstrual irregular, infección vaginal, sospecha de embarazo, atención del embarazo, anticoncepción, tumores. Los médicos obtuvieron indicios y aplicaron procedimientos de inspección y tratamiento para restaurar, mantener o asegurar un estado y funcionamiento adecuados del cuerpo femenino.

Las mujeres se percibieron como pacientes favorecidas por la práctica médica pero también como objetos o víctimas durante las exploraciones e intervenciones ginecológicas y obstétricas, principalmente cuando éstas son realizadas por profesionales de sexo masculino. Entre sus experiencias y sentimientos negativos destacaron: vergüenza, miedo, desconfianza, indignación, confusión, perplejidad, vejación, dolor, incomodidad, impotencia y desesperación, características en personas con escaso poder en las relaciones sociales, como sucede con las mujeres de nuestra cultura en su sexualidad y reproducción. Así, los testimonios sugieren que en el campo de la ginecología y obstetricia se materializan y se reproducen prácticas y representaciones misóginas de la cultura de supremacía masculina y subordinación femenina.

Palabras clave

Mujeres, exploraciones ginecológicas e intervenciones obstetricias.

Summary

The objective here was to analyze the experiences of 17 women during the gynecological or obstetric explorations and interventions they have

experienced. Qualitative procedures were used: interviews, elaboration of personal testimonies and open questionnaires regarding these topics. These women have gone to the doctor because they find themselves at a reproductive age, sexually active, pregnant, or with alterations, irregularities, damage or pathologies related to sexuality or reproduction. The reasons for their visits were, among others: initial menstruation, irregular menstrual periods, vaginal infection, suspected pregnancy, prenatal care, birth control, and tumors. The doctors obtained symptoms and applied procedures of exploration and treatment in order to restore, maintain or ensure an adequate status and functioning of the female body.

The women considered themselves to be patients favored by these medical practices, but also as objects or victims during gynecological and obstetric explorations and interventions, mainly when these were carried out by professionals of the male sex. Their negative experiences and feelings notably included: shame, fear, distrust, indignation, confusion, perplexity, annoyance, pain, discomfort, impotence and exasperation; characteristics of people with little control over their social relations, as is the case of women in our culture with regards to their sexuality and reproduction. Likewise, testimonies suggest that within the field of gynecology and obstetrics, misogynist practices and representations of the culture of male supremacy and female subordination are both present and persistent.

Key words

Women, gynecological explorations and obstetric interventions.

Introducción

La psicología de la salud es un acopio de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología como disciplina para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad, identificar los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, mejorar el sistema sanitario y formular políticas [Matarazo, 1980, en Amigo, Fernández y Pérez, 1998].

La psicología de la salud se interesa por un modelo holístico, en tanto el comportamiento humano es crucial en el mantenimiento de la salud y en el origen y evolución de la enfermedad [Amigo, Fernández y Pérez, 1998].

Sin embargo, es necesario que esta disciplina reconozca las condiciones sociales de desventaja en que viven las mujeres debido a las repercusiones negativas en su salud y bienestar.

Un enfoque de género en psicología de la salud da pie al análisis de las desigualdades entre hombres y mujeres para su eventual crítica y trans-

formación [oms, 1998, en Bosch y Ferrer, 2001]. La incorporación de este enfoque en los marcos conceptuales y de intervención es uno de los retos para esta área de la psicología [Sarduy y Alfonso, 2001].

Cabal [s/f] presenta algunos datos que ejemplifican las dificultades que enfrentan en el cuidado de su salud sexual y reproductiva: a) cerca de 600 mil mujeres mueren cada año en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y parto; b) la Organización Mundial de la Salud (oms) estima que una de cada cinco mujeres ha sufrido abuso físico o sexual por un hombre en su vida; c) en 1997, cada día 6 mil mujeres fueron infectadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), a pesar de que la mayoría eran casadas y monógamas; d) ocurren aproximadamente 20 millones de abortos en el mundo cada año con alto riesgo de morbilidad y mortalidad para las mujeres; el 95% de estos abortos inseguros ocurren en países en desarrollo que penalizan esta práctica; e) entre 120 y 150 millones de mujeres en el mundo que quieren espaciar los nacimientos de sus hijos carecen de medios para hacerlo y alrededor del 20% de embarazos en el mundo no son deseados.

También es preciso considerar la relación entre el médico y la paciente en el área de atención de la salud sexual y reproductiva, que ha sido vista como un elemento central para una atención de calidad que se refleja en la salud integral de la mujer [Jasis, 1997].

Existen investigaciones como las de Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo [1997] y Pérez, Márquez y Namihiria [2001] que han reportado la percepción que tienen los proveedores de servicio y las usuarias acerca de los servicios de salud.

Asimismo, se han registrado propuestas como la del Programa de Salud Integral para la Mujer A.C. (SIPAM), con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud y lograr la equidad de género en éstos [Buggs y Casanova, 1997; Casanova, 1997; Hernández, 1997; Reyes, 1997; Isphordin, 1998; Salas y Hernández, 2001].

Se ha hecho hincapié en la diversidad de creencias y significaciones de las pacientes [De la Cuesta, 1999]. No obstante, ha faltado hacer suficiente énfasis en las experiencias, significados, pensamientos, emociones y afectos de las mujeres, durante y después de ser sometidas a exploraciones y/o intervenciones médicas, principalmente ginecológicas.

Estos aspectos de la subjetividad de las mujeres son importantes para una psicología de la salud con perspectiva de género, puesto que los cuerpos femeninos suelen ser percibidos, valorados y tratados en nuestra sociedad como cuerpos sexuados que pertenecen a otros antes que a ellas mismas [Lagarde, 1997]. Entonces, el interés del presente estudio es conocer

de qué manera las mujeres experimentan los tratos personales y las manipulaciones de su cuerpo en la atención ginecológica. Las experiencias que los tratos y manipulaciones les suscitan deben ser referentes agregados a una visión más amplia sobre la atención sanitaria ofrecida a las mujeres.

El temor, pudor y la vergüenza de las mujeres de nuestra sociedad a ser vistas o tocadas en partes corporales cargadas de significación sexual (senos, piernas, glúteos, pubis, periné, ano, vagina) pueden dar pauta a que pospongan las visitas ginecológicas. Es posible que las mujeres sean exploradas e intervenidas médicamente o que perciban las exploraciones e intervenciones médicas y/o ginecológicas de maneras inapropiadas o indebidas, y en contextos donde su cuerpo, tanto en su anatomía como en su fisiología, desvalorizado, tratado sin respeto o incluso de manera sexificada, por improvisar un término. Es decir, los lugares, tactos, comentarios, formas o miradas de la explotación o intervención no son contemplados por las normas médicas oficiales o por la ética profesional.

Tanto la postergación de las visitas ginecológicas como los procedimientos poco profesionales y respetuosos de los médicos o médicas durante las exploraciones o intervenciones pueden tener repercusiones objetivas y subjetivas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Como afirma Jasis [1997:119], "de cómo se desenvuelven y expresen las transformaciones durante el proceso de embarazo-parto-postparto, dependerán en gran medida los resultados de la salud integral de la mujer (física, psicológica y emocional)". Cabría agregar que, más allá de embarazo, parto y posparto, existen otros aspectos de la sexualidad y la reproducción que también se vinculan a la realidad objetiva y subjetiva de las mujeres: menstruación, relaciones sexuales, infecciones en genitales, alteraciones anatómicas o fisiológicas en partes corporales de significación sexual o reproductiva (senos, útero), entre otros.

Por ello, el objetivo de esta investigación es conocer los significados que algunas mujeres asignan a las exploraciones médicas y/o intervenciones en salud sexual y reproductiva y las experiencias que han tenido en torno a éstas.

La metodología de investigación cualitativa posibilita la identificación de los significados y experiencias que han tenido las mujeres en las exploraciones e intervenciones mencionadas [Taylor y Bogdan, 1996]. Como afirma Wiesenfeld [2001], esta metodología permite capturar el sentido que subyace a lo que se dice sobre lo que se hace, o sobre lo que se padece —podría agregarse— a partir de la exploración, elaboración

y sistematización de los significados de un fenómeno, problema o tópico. Además, dispone de criterios de confiabilidad, confirmabilidad, autenticidad y transferibilidad propios. Asimismo, de acuerdo con Denzin y Lincoln [1994; en Martínez y Leal, 1998], estudia los fenómenos en su contexto natural buscando descripciones de éstos lo más valioso como sea posible, y tratando de darles sentido o interpretarlos en términos de los significados que las personas les asignan.

La entrevista cualitativa, el análisis de documentos personales, la elaboración de notas de campo y los sondeos son algunas de las técnicas de investigación cualitativa [Taylor y Bogdan, 1996]. Las elegimos para nuestro estudio por su utilidad para el levantamiento de información fáctica y subjetiva. La entrevista consistió en conversaciones guiadas sobre temas predeterminados y otros temas que se le relacionen. Los documentos analizados fueron relatos del individuo escritos en primera persona sobre tópicos de interés para la investigación. Los cuestionarios de sondeo, de preguntas abiertas, se utilizaron con el fin de confirmar y ampliar la información.

Por su parte, el enfoque de género del presente estudio dio pie, en primer lugar, al análisis de las desigualdades entre hombres y mujeres, las cuales pueden tomar formas particulares durante las exploraciones médicas y/o intervenciones ginecológicas y en las respectivas experiencias y significaciones. En segundo lugar, mostró evidencias de la desigualdad intergenérica tales prácticas, para su eventual crítica y transformación [OMS, 1998, en Bosch y Ferrer, 2001]. La incorporación de este enfoque en los marcos conceptuales y de intervención es uno de los retos de la psicología de la salud [Sarduy y Alfonso, 2001].

Método

Participantes

Diecisiete mujeres: cuatro que ya conocía la investigadora principal y 13 estudiantes en el mismo bachillerato tecnológico, de la investigadora. El criterio para incluirlas fue que ya hubieran sido exploradas o intervenidas por personal de salud en áreas corporales de alta significación sexual o reproductiva (mamas, vagina, útero, ovarios) y que se mostraran accesibles a la investigación. En la tabla 1 se consignan algunos datos demográficos y metodológicos sobre las participantes.

Escenarios

Los escenarios fueron acordados por la investigadora y las participantes, procurando que fueran cómodos y confidenciales. Las "conocidas" fueron

Tabla 1. Datos de las participantes y técnicas utilizadas

Nombre	Edad	Ocupación	Estado civil	Escolaridad	Gestas	Vida sexual activa	Técnica usada			
							Entrevista personal	Entrevista de complemento	Escrito personal	Entrevista de complemento
Karina	44	Ama de casa	Viuda	Secretariado	5	Sí	Sí	No	No	No
Ade	42	Ama de casa	Casada	Secretariado	2	Sí	Sí	No	No	No
Maricela	24	Ama de casa	Unión libre	2° sem. lic.	2	Sí	Sí	No	No	No
Jéssica	32	Estudiante	Casada	Bachillerato	2	Sí	Sí	No	No	No
Patricia	18	Estudiante	Soltera	4°sem. bach. téc.	0	No	No	Sí	Sí	Sí
Daniela	17	Estudiante	Soltera	4°sem. bach. téc.	0	No	No	Sí	Sí	Sí
Lucía	24	Estudiante	Soltera	4°sem. bach. téc.	1	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Isabel	16	Estudiante	Soltera	2°sem. bach. téc.	0	No	No	Sí	Sí	Sí
Verónica	22	Estudiante	Soltera	3°sem. bach. téc.	0	No	No	Sí	Sí	Sí
Nayeli	18	Estudiante	Soltera	4°sem. bach. téc.	1	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Cecilia	24	Estudiante	Soltera	4°sem. bach. téc.	0	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Martha	17	Estudiante	Soltera	3°sem. bach. tec.	0	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Silvia	24	Estudiante	Unión libre	3°sem. bach. téc.	1	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Susana	18	Estudiante	Soltera	4°sem. bach. téc.	1	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Abigail	19	Estudiante	Soltera	6°sem. bach. téc.	0	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Bianca	21	Estudiante	Casada	2°sem. bach. téc.	1	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Natalia	22	Estudiante	Soltera	6°sem. bach. tec.	1	Sí	No	Sí	Sí	Sí

entrevistadas en sus casas o en la de la investigadora. A las estudiantes se les pidió que eligieran dónde realizar el escrito personal: en las aulas o en los pasillos de la escuela. Las de este grupo fueron entrevistadas en aulas, sin estar precisamente en clase. En algunas ocasiones una o dos amigas de la entrevistada estuvieron presentes, pero la mayoría de las conversaciones se llevaron a cabo a solas. Una estudiante fue entrevistada en un restaurante, a petición suya. Por último, las entrevistas de complemento y los cuestionarios de sondeo se hicieron en aulas.

Instrumentos y materiales

Se utilizó un guión temático para entrevistar a las primeras cuatro participantes (ver anexo). En las 13 entrevistas restantes, sus propios escritos personales sirvieron como guía temática. Se utilizó grabadora y cintas para registrar y reproducir las entrevistas, y cuaderno y lápiz para hacer las notas de campo. También se utilizaron cédulas de cuestionario de preguntas abiertas sobre los mismos temas. Un procesador de texto sirvió para transcribir y procesar la información.

Periodo

La información empírica se recogió durante cinco meses, a finales de 2003.

Primeras entrevistas

Cuatro participantes fueron contactadas directamente o por medio de una persona conocida. Se les informó sobre los propósitos y la temática general del estudio. Las entrevistas, una a cada mujer, se desarrollaron de manera semejante a una conversación. Dos de las cuatro mujeres fueron entrevistadas individualmente, una en su propia casa y otra en la de la investigadora. Las otras dos mujeres fueron entrevistadas consecutivamente, primero la hija y luego la madre, ambas presentes, en su domicilio. El objetivo fue que las mujeres dieran información o relataran diferentes tópicos: 1) motivos de visitas al ginecólogo; 2) personas que las han acompañado al ginecólogo; 3) el sexo del profesional que las ha atendido; 4) tipo de servicio (público o privado) al que acuden; 5) calidad de la atención médica que recibieron (con base en el tipo de servicio, el sexo del personal que las atiende y sus expectativas); 6) frecuencia de sus visitas al ginecólogo; 7) tipo de tratamiento que les han prescrito y su seguimiento; 8) sus expectativas sobre la atención ginecológica; 9) sus experiencias del trato del ginecólogo; 10) su relación con la familia o la pareja en torno a las visitas ginecológicas;

11) tipo de exploraciones médicas que les han practicado; 12) tipo de intervenciones médicas que les han realizado; 13) sus pensamientos y sentimientos sobre las visitas al ginecólogo y sobre las exploraciones, intervenciones, tratamientos y tratos que han recibido de éste; 14) conocimientos que tienen sobre sus derechos sexuales y reproductivos, incluido su marco legal, y 15) tipos de abusos médicos padecidos (verbales, físicos, sexuales).

La secuencia temática podía variar entre las entrevistadas, el objetivo era que abordaran los temas. Las cuatro entrevistas fueron grabadas.

Elaboración de escritos personales

La investigadora preguntó a sus alumnas, al término de clase, quién había acudido alguna vez a una exploración ginecológica. Explicó los propósitos de la investigación y pidió la participación de quienes ya lo habían hecho. Una vez que aceptaron les solicitó que cada una escribiera una narración de sus experiencias personales durante su(s) visita(s) al ginecólogo: "Por favor, ¿me escriben en su cuaderno, a modo de diario, sus experiencias con el ginecólogo? Cuando fueron por primera vez, el motivo de las visitas, frecuencia con que realizaban estas visitas, quién las acompañó, tratamiento o seguimiento, en fin todo lo que recuerden?". En algunos casos realizaron los escritos en el horario de clases, mientras sus compañeros hacían algún ejercicio académico. Otras ocasiones se les pidió hacerlo en casa y entregarlo posteriormente, para que dispusieran de más tiempo. A veces se debió insistir incluso para que lo realizaran en horario fuera de clase. Una vez recopilados los escritos, fueron revisados y se les hicieron anotaciones para ampliar la información.

Entrevistas complementarias a las estudiantes

Se solicitó y se programó una entrevista con cada estudiante para ampliar la información. Se formularon tanto preguntas abiertas como específicas, con base en las anotaciones previas en su escrito personal. En ocasiones se hacía referencia a un fragmento del escrito, es decir, éste se leía y se le pedía a la autora que explicara o ampliara el contenido. En caso de mencionarse algún dato de interés, se pedía mayor información con preguntas del tipo de cuándo, cómo, con quién, dónde, quién o por qué, y se continuaba con el orden del documento. En ocasiones la entrevistadora compartió experiencias personales o hizo referencia a casos conocidos. Unas conversaciones fueron grabadas, pero de la mayoría sólo se hicieron anotaciones por escrito. A veces se pidió que dictaran para no perder detalle de la información.

Cuestionario de sondeo a las estudiantes

Se obtuvo mayor información de las estudiantes mediante un cuestionario escrito con los mismos tópicos de las entrevistas hechas a las primeras cuatro mujeres.

Transcripción

Las entrevistas grabadas fueron transcritas literalmente.

Codificación de la información

Los textos de las entrevistas transcritas, los fragmentos de los escritos personales, las notas hechas por la entrevistadora sobre las entrevistas no grabadas y las contestaciones de las preguntas del cuestionario se clasificaron en los tópicos abordados por el estudio, los cuales se utilizaron como rubros en la siguiente sección.

Resultados

A continuación se presentan los hallazgos en diferentes rubros.

Edad en que se visita al ginecólogo por primera vez

Fue muy variable la edad en que las mujeres tuvieron su primera visita ginecológica: dos de ellas a los 13 años; una hasta los 21. La edad promedio fue de 16.6 años (tabla 2).

Motivos de la consulta al ginecólogo

Las mujeres acudieron al médico a partir de que presentaron síntomas significativos que reflejaban una alteración en su estado regular de salud. Como muestra la tabla 3, los motivos más comunes fueron el embarazo (9 mujeres), infecciones vaginales (7) y revisión general (4). También acudieron por malestares donde les encontraron tumores en útero (3), en senos (2), y quistes en ovarios (3). Algunas fueron al médico por retraso en su menstruación (2) y por sospecha de embarazo (2). Otras mujeres realizaron visitas ginecológicas por motivos como primera menstruación, ciclo menstrual irregular, flujo vaginal, problemas de embarazo ectópico (fuera del útero), colocación de dispositivo intrauterino, aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo, para la realización de un legrado, crecimiento mayor de una mama e incluso por haber sufrido una violación (un caso por cada motivo). La mayoría de las mujeres acudieron por más de un motivo. Una vez realizada la visita, algunas regresaron al médico para realizarse una revisión general, exámenes o

Tabla 2. Edad en que las participantes hicieron la primera visita al ginecólogo

Nombre	Edad en 1ª visita
Karina	16
Ade	17
Maricela	19
Jéssica	19
Patricia	13
Daniela	13
Lucía	16
Isabel	16
Verónica	18
Nayeli	17
Cecilia	21
Martha	17
Silvia	19
Susana	17
Abigail	14
Blanca	17
Natalia	14

estudios clínicos como papanicolau, mastografía o ultrasonidos, entre otros. Véase tabla 3.

Se obtuvieron algunos relatos al respecto:

“Cuando tenía 13 años fue mi primera visita al ginecólogo, ya que era la primera vez que reglaba y tenía que ir para que me informaran acerca de lo que me pasaba” (Daniela).

“La primera vez que asistí con un especialista [médico en ginecología] fue por orden de un médico general, ya que desde que comencé mi periodo menstrual he tenido una infección [flujo vaginal] desde los 12 años de edad... A los 17 años de edad decidí volver a hacer una nueva cita porque mi periodo era demasiado irregular... A los 19 años comencé a tener vida sexual activa y consideré que ahora sí era necesario visitar al ginecólogo” (Natalia).

“Mi mamá me llevó al ginecólogo porque mi menstruación era bastante irregular” (Patricia).

Tabla 3. Motivos por los que las participantes han acudido con el ginecólogo

Nombre	Primera menstruación	Revisiones generales	Periodo menstrual irregular	Flujo vaginal	Infección(es) vaginal(es)	Retraso en menstruación	Sospecha de embarazo	Embarazo	Embarazo ectópico	Aplicación de anticonceptivo	Aborto a los 2 meses	Legrado	Crecimiento de mamas	Tumor en seno	Tumor o miomas en matriz	Quiistes en ovarios	Violación
Karina		1			1			1						1	1		
Ade		1						1						1	1		
Maricela								1				1					
Jéssica		1			1			1									
Patricia			1														
Daniela	1	1															
Lucía								1									
Isabel																	1
Verónica													1				
Nayeli					1			1									
Cecilia				1													
Martha											1						
Silvia					1		1	1	1								
Susana					1	1	1										
Abigail						1		1									
Blanca					1			1		1							
Natalia					1										1	1	
TOTAL	1	4	1	1	7	2	2	9	1	1	1	1	1	2	3	1	1

- “La primera vez que fui al ginecólogo tenía 19 años y fue porque pensé que estaba embarazada... La segunda vez fue porque quería embarazarme. Me dijo que tenía una pequeña infección... Después acudí porque tenía molestias... Me dijo que estaba embarazada y que el bebé estaba fuera de la matriz, que tenía que sacarlo porque ya estaba muerto” (Silvia).
- “Acudí al ginecólogo porque se me retrasó la menstruación... En otra ocasión fui porque era una pequeña infección vaginal, porque tenía comezón y unos granitos... He estado visitando al doctor ocasionalmente de 3 a 2 meses aproximadamente porque, como tengo relaciones sexuales, quiero evitar cualquier infección o contagio” (Susana).
- “Yo fui porque tengo mucho flujo vaginal amarillo” (Cecilia).
- “La primera vez que fui al ginecólogo fue en mi embarazo. Luego, después de casi nueve meses, me fui a aliviar. Después de un año, cada seis meses me iba a revisar el dispositivo y a hacerme el papanicolau” (Lucía).
- “La primera vez que fui al ginecólogo fue cuando estaba embarazada y como a los cinco meses, y eso porque tenía mucho flujo y la doctora me dijo que tenía una infección vaginal... La segunda vez fue a los 6 meses y medio o más de embarazo, y fue para ver en qué posición estaba el bebé... La última vez fue cuando ya iba a nacer mi hijo” (Nayeli).
- “Un día, cuando de repente no llegaba mi menstruación, fui al doctor, me practicaron una prueba de embarazo y el resultado fue positivo... Después de varios meses fui al chequeo que se tiene que hacer uno cuando está embarazada... Acudí varias veces durante el embarazo para que llevara el control y las revisiones pertinentes para que no hubiera ninguna complicación al dar a luz” (Abigail).
- “En el momento que decido ir al ginecólogo fue por una infección vaginal provocada por tener relaciones sexuales y sin protección... A mis 18 años decido casarme y formar una familia, dejo de controlarme y me embarazo, y las visitas al ginecólogo son más frecuentes por el hecho de saber cómo estaba mi bebé” (Blanca).
- “La primera vez que fui al ginecólogo fue porque tenía amenaza de aborto tipo 1” (Martha).
- “Cuando yo tenía 16 años que me di cuenta que mi busto lo tenía un poco disparejo... Como a los 18 años lo disparejo ya se notaba más... Me dijo que ni tenía tumores ni quistes, que era pura glándula y que sí necesitaba una operación” (Verónica).
- “El motivo por el cual asistí al ginecólogo fue por violación. Fuimos a la delegación. De ahí me mandaron con el ginecólogo” (Isabel).

Acompañantes de las mujeres a la visita ginecológica

Lo más común fue que las mujeres fueran al ginecólogo acompañadas por otras mujeres, con las cuales tienen parentesco (madres, tías o hermanas). Los varones que las acompañaron eran sus parejas. Sólo una fue acompañada por su padre. En algunos casos, las mujeres fueron solas al médico (tabla 4).

Tabla 4. Personas que han acompañado a las participantes a sus visitas ginecológicas

Nombre	Madre	Tía	Hermana	Padre	Pareja	Nadie
Karina					1	1
Ade						1
Maricela	1					
Jéssica					1	1
Patricia	1					
Daniela	1					
Lucía		1				
Isabel	1					
Verónica				1		
Nayeli						1
Cecilia						1
Martha					1	
Silvia			1		1	
Susana		1				
Abigail	1					
Blanca						1
Natalia						1
TOTAL	5	2	1	1	4	7

La mayoría sentían la necesidad de llevar compañía a la visita, como lo expresan algunos testimonios:

“Me llevó mi esposo. Antes me acompañaba mi esposo y ahora ya voy sola”
[Ese lamenta] (Karina).

- “A veces las parejas no ayudan porque a mí me pasó. Mi esposo, cuando yo trabajaba yo le dije que me tenía que hacer estudios y me decía ‘Ah, no’, y a la fuerza hacía que tuviéramos relaciones [sexuales] para que ya no me tuviera que hacer el estudio. ‘¿Cómo es posible que te dejes que te agarre alguien más?’, me decía” (Ade).
- “Le dije a mi novio que estaba sangrando mucho y que tenía muchos cólicos. Inmediatamente fuimos al doctor” (Martha).
- “Fue una experiencia muy desagradable, además de que no iba acompañada de mi madre porque ella no estaba enterada... Ojalá que me acompañe mi mamá o algo para sentirme segura... Yo estaba sola y ni siquiera con la pareja, con la que yo estuve, estuvo en ese momento” (Blanca).

Médica o médico

La mayoría de las participantes (11) fueron atendidas únicamente por personal masculino; una, por personal femenino y cinco por personal de ambos sexos (tabla 5).

Tabla 5. Sexo del personal de ginecología que ha atendido a las participantes

Nombre	Personal femenino	Personal masculino
Karina	1	1
Ade		1
Maricela		1
Jéssica	1	1
Patricia		1
Daniela	1	
Lucía		1
Isabel		1
Verónica	1	1
Nayeli		1
Cecilia		1
Martha		1
Silvia		1
Susana	1	1
Abigail		1
Blanca		1
Natalia	1	1
TOTAL	6	16

Los siguientes fragmentos muestran la preferencia y el testimonio de mejores experiencias cuando fueron revisadas por personal femenino; en cambio, hubo vergüenza o desconfianza ante el personal masculino.

“Para colmo era hombre, pero antes de que yo lo supiera rogaba a Dios que fuera mujer, porque como que hay más confianza, pero no, resultó hombre y más vergüenza me dio” (Patricia).

“Era un hombre ... Me daba pena contestarle ya que creo que eso es algo privado y personal, y le dije que si era necesario que le contestara” (Susana).

“Luego dicen que son morbosos. Una amiga me comentó que luego hay doctores que al revisarte, desde la forma de verte, lo hacen con morbo” (Abigail).

“Tuve suerte de que fuera doctora” (Natalia).

“Pero había un doctor y no quise, así que me tocó la ginecóloga de guardia ... Me sentía muy bien, me sentía más tranquila, me dio mucha confianza” (Daniela).

Servicio médico público o privado

Como puede verse en la tabla 6, las mujeres han utilizado más el servicio médico privado que el público. Nueve mujeres han acudido sólo a servicio privado, cinco a servicio público únicamente y cuatro a ambos.

Por lo general, expresaron su preferencia por el servicio privado, porque en el público la atención es deficiente, el tiempo de espera es largo, los tiempos de consulta son cortos, el trato personal de los empleados es despótico y las explicaciones e información recibidas acerca de los padecimientos, tratamientos o seguimientos son insuficientes. No todas las mujeres han tenido acceso a los servicios privados, entonces han debido “aguantarse”.

Frecuencia de visitas al ginecólogo

La frecuencia de las visitas dependió de la preocupación de las mujeres por su salud. En edades tempranas las consultas son esporádicas o suceden hasta que se restablece la salud. En edades adultas son más frecuentes debido al interés por mantener un mejor estado de salud.

Siete mujeres habían acudido periódicamente a revisiones o para realizarse estudios diversos; tres, sólo en una ocasión sin mencionar el motivo; tres más habían ido al ginecólogo durante embarazo; otras tres por asuntos no explícitos; dos, para seguir un tratamiento; y dos esporádicamente por presentar algún tipo de sintomatología. Para más detalles, véase la tabla 7.

Algunos relatos son ilustrativos:

“Procuro cada año hacerme estudios de senos, papanicolau y con los avances que hay, la colposcopia” (Karina).

Tabla 6. Tipo de servicio médico que las participantes han utilizado

Nombre	Privado	Público
Karina	1	1 (IMSS)
Ade		1 (IMSS y Pemex)
Marcela		1 (IMSS y Salubridad)
Jéssica	1	1 (IMSS)
Patricia	1	
Daniela	1	
Lucía		1 (ISSSTE)
Isabel	1	
Verónica		1 (Seguro Social)
Nayeli	1	1 (Hospital Juárez)
Cecilia	1	
Martha	1	
Silvia	1	
Susana	1	
Abigail	1	1 (Centro de Salud)
Blanca	1	
Natalia	1	
TOTAL	13	8

"Seis meses después fui a que me checaran porque tenía molestias, cólicos muy fuertes... Hace como seis meses fue mi última cita, ya que las veces que iba sólo eran revisiones generales" (Daniela).

"Después de un año. cada seis meses me iba a revisar el dispositivo [intrauterino] y a hacerme el papanicolau" (Lucía).

"Acudí varias veces durante el embarazo para que llevara el control y las revisiones pertinentes para que no hubiera ninguna complicación al dar a luz" (Abigail).

"Después acudí porque tenía molestias" (Silvia).

Procedimientos de exploración ginecológica

Todas las participantes fueron interrogadas por el ginecólogo durante la consulta. Dieciséis fueron revisadas de manera táctil en distintas partes corporales. A 14 se les practicó tacto vaginal (tabla 8).

Tabla 7. Frecuencia con que las participantes han visitado a profesionales de ginecología

Nombre	Revisiones periódicas	Por tratamiento	Por sintomatología	Sólo durante embarazo	Sólo una vez
Karina	1				
Ade	1				
Maricela	1				
Jéssica	1				
Patricia					1
Daniela	1				
Lucía				1	
Isabel					1
Verónica		1			
Nayeli				1	
Cecilia			1		
Martha					1
Silvia		1			
Susana			1		
Abigail				1	
Blanca	1				
Natalia	1				
TOTAL	7	2	2	3	3

Enseguida se presentan testimonios de las exploraciones y de algunas experiencias negativas que éstas dejaron en las participantes.

“Me hicieron el tacto para ver si ya me iba a aliviar y cuánto tiempo me faltaba” (Lucía).

“Nunca me hicieron el tacto, sólo revisaban mi vientre y mis senos” (Lucía).

“Dijo que iban a meter sus dedos para ver la dilatación y que iba a doler poquito, pero me dolió mucho y además no me dijeron dónde los iban a meter” (Lucía).

Tabla 8. Procedimientos de exploración ginecológica que se han utilizado con las participantes

Nombre	Interrogatorio	Palpación	Tacto vaginal
Karina	1	1	1
Ade	1	1	1
Marcela	1	1	1
Jessica	1	1	1
Patricia	1		
Daniela	1	1	
Lucía	1	1	1
Isabel	1	1	1
Verónica	1	1	
Nayeli	1	1	1
Cecilia	1	1	1
Martha	1	1	1
Silvia	1	1	1
Susana	1	1	1
Abigail	1	1	1
Blanca	1	1	1
Natalia	1	1	1
TOTAL	17	16	14

“Me lastimó cuando metió los dedos por dentro, los movía muy brusca-mente” (Nayeli).

“Agarró su cotonete, me lo metió y sentí muy feo, me ardió” (Cecilia).

“Sólo me revisaron por encima” (Cecilia).

“El doctor me preguntó ‘¿Quieres abortar?’ y yo le dije que no, porque me daba miedo el legrado, y dijo ‘¿Saben tus papás?’... [Cuando le hizo el tacto] metía su mano y sacaba cosas y al mismo tiempo tocaba el vientre, también revisó mis pezones” (Martha).

“No puse mucha atención en las preguntas ni en las cosas que utilizó, estaba nerviosa” (Silvia).

“Me recostó en el silloncito y se puso unos guantes, me tocó y me sacó como una especie de pajas que no tenían ningún olor” (Silvia).

“Me revisó pero yo estaba temblando, por lo que me dijo: ‘Tranquila, si quieres ven mañana que estés más tranquila’” (Susana).

“Me comenzó a preguntar por qué iba, ‘¿Trabajas o estudias?, ¿Te sudan las manos?’, y me tocó, ‘No te preocupes, no te voy a revisar para que no estés nerviosa...’. También comenzó a preguntar sobre mi vida sexual y yo le dije que era personal y además no me dejaba responder porque preguntaba todo de un jalón, así que me salí y dijo que si sabía para qué era un ginecólogo” (Susana).

“Me había preguntado que si era mi primera vez, que si había tenido relaciones sexuales nada más con una persona o si ya había tenido con varias personas relaciones sexuales, si con protección y todo” (Blanca).

“Me sentí incómoda con la serie de preguntas que me hizo y una de ellas fue ‘¿Has tenido relaciones sexuales?’. ‘¿Has tenido algún aborto?’, cuando [nunca] en mi vida pensé tener relaciones sexuales a los 14 años. Me hizo descubrirme el vientre y me dio vergüenza que me dijera que me bajara la pantaleta hasta donde comenzaba el vello púbico” (Natalia).

“Hizo la pregunta de rigor que hacen todos los ginecólogos: ‘¿A qué edad tuviste relaciones sexuales? ¿Has tenido una sola pareja? ¿Con qué te cuidas?’. Eso es lo peor que puede hacer un ginecólogo, es muy incómodo. Esta ocasión me molestó mucho y le dije ‘¿Qué no primero se le pregunta al paciente a qué vino, antes que se le cuestione?’. Él me pidió una disculpa” (Natalia).

“Me preguntó si ya había tenido relaciones sexuales, o si había tenido sexo oral o anal y eso me incomodó mucho. Me preguntó si me masturbaba o si tenía alguna preferencia sexual, y eso no me gustó, porque estaba yo nerviosa y era la primera vez que iba y me hizo muchas preguntas” (Daniela).

Intervención médica en ginecología y obstetricia

Como indica la tabla 9, a todas las mujeres, excepto a Patricia, se les realizaron distintas intervenciones ginecológicas u obstétricas.

Las más comunes fueron pruebas y estudios clínicos (13), la administración de medicamentos (14) y la revisión con instrumental médico (11). También hubo atención por parto fisiológico (8), cirugías (6), como la cesárea, y aplicación de métodos anticonceptivos (5), como el dispositivo intrauterino.

Las mujeres mencionaron diferentes intervenciones médicas y algunas experiencias:

“[No quería el legrado porque] me daba miedo, es cuchillo y pienso que me van a ultrajar o algo así. Además, el médico dijo que corría riesgos” (Martha).

“Utilizaron el pato y me metieron una cámara para ver si mi matriz estaba en buen estado” (Silvia).

Tabla 9. Tipo de intervención ginecológica u obstétrica

Nombre	Administración de medicamentos	Estudios	Uso de instrumentos	Anticonceptivos	Parto	Cirugía
Karina	1	1	1	1	1	1
Ade	1	1	1	1	1	1
Marcela	1	1	1	1	1	1
Jéssica	1	1	1	1	1	
Patricia	Ninguna					
Daniela		1	1			
Lucía		1		1	1	
Isabel	1	1	1			
Verónica	1	1				1
Nayeli	1	1	1			1
Cecilia	1		1			
Martha	1		1			
Silvia	1	1	1		1	1
Susana	1					
Abigail	1	1			1	
Blanca	1	1	1	1	1	
Natalia	1	1				
TOTAL	14	13	11	6	8	6

“Me practicaron un congelamiento debido a una infección que tenía. Me enseñó una varita y estaba fría. La metió en mi parte y comencé a sentir frío, no sé cuánto tiempo, hasta que estaba todo frío por dentro, y me dijo que con eso ya no volvería a tener esa infección. Se siente horrible, como si te metieran un hielo” (Silvia).

- “Me abrieron como si fuera cesárea y tengo un hoyito aquí [señala el vientre, en el lado izquierdo] para la manguera que iba a drenar. Buscaron el bebé pero estaba atrás del ovario encarnándose. Entonces el doctor me quitó al bebé y trató de reconstruir el ovario porque estaba encarnándose y también tuvo que quitar el ovario” (Silvia).
- “El doctor decidió quitarme la matriz porque en los estudios que me hicieron me dijeron que mi matriz estaba creciendo” (Karina).
- “Me operaron un quiste del seno” (Karina).
- “Cada año me practico el papanicolau y la colposcopia” (Karina).
- “[Me hicieron la salpingoclasia] porque ya mis dos últimos embarazos fueron de alto riesgo. Entonces se tomó la decisión de que me operaban para que ya no tuviera hijos” (Karina).
- “[Me han hecho] dos cesáreas, la [operación] del pecho [seno] y la histerectomía” (Ade).
- “Me revisó la ginecóloga pero no me dijo, nada más me preguntó que cómo me controlaba y ya le dije yo que con las pastillas, y me dijo que me iban a internar porque me iban a operar, pero yo no sabía ni de qué, ya hasta que salí de la operación dijeron que había sido un legrado, que tenía ya mucha sangre en el cuerpo y estaba reaccionando la matriz” (Maricela).

Tratamiento y/o seguimiento

Por lo regular, las mujeres, al sentirse “bien”, suspendieron sus tratamientos o visitas de revisión médica. Cuando acudieron por infección vaginal fueron tratadas con óvulos, pastillas y/o pomadas. Por embarazo recibieron recomendaciones para cuidar su estado de salud y también vitaminas. Les recetaron hormonas para regularizar sus ciclos menstruales. Cuando tuvieron sospecha de embarazo les informaron sobre el uso de métodos anticonceptivos; en algunos casos comenzaron a utilizarlos. En casos de aborto les prescribieron medicamentos para restablecer el útero y disminuir los dolores. En la mayoría de los casos se recomendó a las mujeres realizarse los estudios pertinentes. Hay algunos relatos al respecto:

- “Ahorita me sale un tipo de infección muy ligera, pero dice el doctor que ya es por la edad, casi casi la menopausia, que ya mi cuerpo deja de producir hormonas, que hay resequedad, y ya me mandan tratamientos: óvulos o lubricantes” (Karina).
- “Me empezaron a dar medicamentos [hormonas] para que se me disolviera el quiste” (Karina).
- “Por los baños públicos agarrabas cualquier infección en cualquier lado, y te recetan óvulos” (Jéssica).

- “Me sentí mal durante el embarazo, fui al Seguro y me recomendaron unas pastillas, vitaminas, hierro y calcio, y reposo” (Jéssica).
- “Me dio un antibiótico para una infección vaginal” (Lucía).
- “Me dio una pastilla para los residuos y me dijo de un legrado pero yo le dije que si era necesario porque yo no quería, y dijo que no” (Martha).
- “El doctor dijo que después de reglar me tenían que hacer pruebas como el papanicolau y una mastografía porque tengo un quiste en el seno derecho” (Martha).

Experiencias de las mujeres durante las exploraciones e intervenciones ginecológicas

Varias mujeres experimentaron vergüenza, miedo, desconfianza, indignación, confusión, perplejidad, vejación, dolor, incomodidad, dudas, impotencia, desesperación e, incluso, en contraste, esperanzas ante algunas exploraciones e intervenciones ginecológicas. Estos fragmentos literales lo reflejan de manera extensa:

- “Me dio confianza aunque no me gustó que me metiera la mano... No sé, siento que iba a ver cuánto medía mi cola, soy muy pudorosa” (Martha).
- “Agarró su cotonete, me lo metió y sentí muy feo, me ardió... Sólo me moví y dijo que no me moviera” (Cecilia).
- “[No me quejé] por pena, siento raro, desconfianza” (Cecilia).
- “[Tenía miedo de que me tocaran] porque días antes vi una película, la de ‘La mano que mece la cuna’, y como sale una escena donde el médico no se pone los guantes, y yo tenía miedo de que me pasara lo mismo” (Silvia).
- “En un programa de tele que vi que la señora tenía una infección y el doctor no le dijo nada. Dijo que estaba embarazada y que para la próxima [vez] llevara a su marido, y en la siguiente cita habló con el marido que andaba de canijo, y la infección era eso del papiloma. Yo digo, ¿por qué el doctor no le dijo nada? Entre ellos mismos se cubren. A mí no me dijeron siquiera qué tipo de infección era. ¡Infelices! Yo le digo a mi marido: ‘Te lo hierves antes de acercarte’, porque vi el programa después de ir al ginecólogo y pienso que tal vez él me pegó la infección y no me dijo nada el médico” (Silvia).
- “[Me daba pena] porque me iba a ver otra persona ajena a mi pareja” (Abigail).
- “En el trabajo de parto fue tan rápido que no me cohibí. Ni cuenta me di, ni pensaba en eso, sólo en aliviarme y estar bien. En cambio, cuando me pusieron el dispositivo [intrauterino] vas consciente. Es diferente” (Abigail).
- “Todas estas visitas con estos médicos estaban llenas de nerviosismo, miedo y enojo. Enojo porque me hacían preguntas, siempre era lo mismo,

- nervios y miedo porque uno no sabe qué le van a decir, y después de los quistes no sabía..." (Natalia).
- "Era para mí un trauma porque además de tener bastante busto, ya se notaba la diferencia de tamaño entre una y otra. De hecho, hasta me tapaba con el brazo y se me quedó la maña de caminar con el brazo doblado al frente como si trajera algo sosteniendo, pero era para cubrir. Además, no podía levantar el brazo; me pesaba y me dolía, y hasta por el mismo peso hasta me acostumbré a sentarme un poco inclinada hacia el lado derecho, y hasta se me hizo una pequeña joroba. Estaba dispuesta a pasar lo que fuera con tal de que me quitaran mi trauma. No le tomaba importancia a que me vieran o dijeran algo. Hasta me decían que estaba muy tranquila y que ojalá todas fueran como yo, porque otras se ponían histéricas" (Verónica).
- "Me daba miedo de que me fuera a meter algo que no..." (Isabel).
- "Cuando me hizo el tacto sentí vergüenza, como era la primera y era hombre pues me daba mucha vergüenza y miedo, ¿no?, porque nunca nadie te había visto ni tocado ni nada" (Jéssica).
- "Una doctora me revisó y me hizo tacto y sí me molestó, pero yo dije 'A lo mejor es normal, es otro sistema, ¿no?'. Era muy, como muy brusca esa doctora. Me movía mucho adentro, o sea, yo sentía que me movía... Quién sabe por qué, pero nunca le comenté que me lastimaba" (Jéssica).
- "Me dijo que tenía que hacer un tacto, así que me tocó, y no sé, pero no era lo que decía sino su forma de mirar, me sentí incómoda y espantada. No quería estar ahí, así que inmediatamente me salí y no quiero regresar" (Silvia).
- "Me hizo un tacto en las bubis para ver si no tenía algún problema. Este tacto también me dolió porque me apretó un poco fuerte" (Isabel).
- "[Me daba miedo y vergüenza] porque mi mamá dijo que te abrían las piernas y eso me daba mucha pena, porque te están viendo" (Patricia).
- "Cuando tenía 11 años el médico general, que también era hombre, me revisó los senos, y no me agradó cómo me los tocó, sentí que lo hacía morbosamente, pero no me lastimó" (Patricia).
- "Para checar la vagina sólo tomó una muestra del líquido que se encuentra en ella, y checó que fuera virgen. No me lastimó, pero yo pensaba que estaba buscando algo, que si era virgen, creo que me centré mucho en eso" (Daniela).
- "Me daba pena que me estuvieran viendo todo. Yo me tenía que aguantar mi pena" (Nayeli).
- "Con las mujeres casi no me daba pena, pero con los doctores sí" (Nayeli).
- "[Tenía miedo y nervios] porque pensé que me iban a oscultar [auscultar] de dudosa procedencia" (Daniela).

- "Me sentía extraña de que alguien me estuviera tocando. No me sentía agredida ni mucho menos, pero nada más son míos y nadie debe tocarlos" (Daniela).
- "¡Si no tiene letritas [la vagina] que digan cómo está!, como si fuera tele. Es incómodo que te tengan con las piernas abiertas y más por ser la primera vez" (Daniela).
- "Me incomodaron demasiado tantas preguntas ¿Qué no sabe que tengo 13 años y es la primera vez que voy al ginecólogo? ¿Qué me cree, o qué? Yo sólo comencé a reglar y en realidad no sabía nada de otras cosas. Creo que ni siquiera habían pasado por mi cabeza y esa doctora preguntaba como si fuera yo una experta en el tema" (Daniela).
- "Yo no sabía qué era el tacto y pensé en qué me iba a hacer" (Lucía).
- "Después de la violación cuando el médico me dijo que [antes] no era virgen me sentí desesperada porque no había tenido relaciones. Además me sentí muy ofendida porque insistía mucho en que había perdido la virginidad de otra manera. Además no podía dar crédito a que un médico dijera eso" (Isabel).

Tratos de los ginecólogos percibidos como abusivos por las pacientes

Las mujeres reportaron haber escuchado o ser objeto de burlas, sarcasmos u ofensas de los médicos.

- A una que estaba pujando [en trabajo de parto], pasó el médico y le dijo '¿Qué, está anunciando sopas Maruchan, o qué?' (Nayeli).
- "A una señora que estaba atrás de mí le preguntaron cuándo era su última fecha de regla: — Es que no me acuerdo. — Es que cómo que no se acuerda. — ¿Cuánto tiene de embarazo? — Es que no sé. — ¿Cómo que no va a saber? Pero así le gritaban. — Oiga, señora, ¿entonces cuándo hizo al niño?. — No sé. Así le gritaban" (Jéssica).
- "Cuando llegué con uno de los doctores me dijo, sorprendido: '¿Cómo puedes andar con eso (el seno más grande que el otro) cargando?'. Pero yo le dije que por eso iba, para que me quitaran mi trauma. En realidad no me molestaba porque ya estaba harta de tener tanto busto. Me daba pena y ya me estaba acostumbrando a esos comentarios" (Verónica).
- "Cuando [en el trabajo de parto] le dije al doctor que me dolía, él me decía: 'Pues eso hubiera pensado antes'" (Nayeli).
- "A una señora que tenía varios hijos le decían: '¿Para qué grita, mejor puje, abra bien las piernas como las abrió antes'" (Nayeli).
- "A mi cuñada cuando fue con un ginecólogo porque tenía cólicos muy fuertes, el tipo le dijo que era por no ponerle lo suficiente [relaciones sexuales infrecuentes]" (Jéssica).

Algunas mujeres observaron, padecieron o previeron manipulaciones que atentaban contra su persona, su sexualidad y/o su reproducción:

- “Me dijeron ‘Le vamos a poner la inyección para que le den los dolores, para que tenga rápido a su bebé’” (Jéssica).
- “En el Seguro todas con sus dolores y pobrecitas, todas ahí sangrando, con su ropa toda manchada. Ya apenas si se pueden parar y pasan los doctores y se les quedan viendo y ya. Son muy canijos y te maltratan porque ahí mismo te hacen el tacto y sí es muy molesto. Será que yo estaba acostumbrada a que todo con cuidadito, despacio. Y ahí les vale madre, les meten el dedo y no les importa si te lastiman. Yo creo que lo hacen más adrede si te quejas” (Jéssica).
- “La doctora me quería romper la membrana y el médico que me atendía regularmente me dijo que no me dejara hacer nada, que el proceso de parto era natural y no tenían por qué hacerme nada” (Jéssica).
- “[Me hacían] el tacto todos los que pasaban, médicos y practicantes” (Nayeli).
- “La segunda vez que fui me dolió más, sentí que el pato [espejo] lo abrió más” (Isabel).
- “Me pusieron una inyección para que me dieran las contracciones [uterinas]” (Nayeli).
- “Llegó un practicante y me dijo ‘Firme esto’, sin decirme qué era. Yo cuando leí vi que era una autorización de que me operaran y les dije que por qué, si me habían dicho que mi hijo iba nacer normal. En eso entró el médico y dijo: que si ya, y comenzamos a discutir porque le dije que no iba a firmar nada, y él dijo ‘¿Qué no ve que su hijo no puede nacer? Pero como usted quiera, al fin es de usted’. Hasta le dije de groserías, y le dije ‘Pues si me van a operar deje de hacerse pendejo y ya opéreme, ¿qué espera?’” (Nayeli).
- “[No me quejé], sólo me hice hacia arriba y me dijo que no me moviera, y yo le dije ‘Es que me está lastimando’, y dijo ‘Así tengo que hacerle para ver cómo viene y si ya va a nacer’” (Nayeli).
- “Me molesté cuando me dijeron que si me iba a poner el dispositivo. Como yo no quería, a cada rato me decían que en dos años no me querían ver de nuevo ahí, y a fuerzas quería, iba y me decían ‘¿Ya lo pensó bien?’” (Nayeli).

Varias mujeres se quejaron de haber recibido tactos, manipulaciones y/o comentarios de connotaciones sexuales incómodas:

“Él tocó mis senos, pero como si estuviera haciendo una caricia. No tenía una enfermera al lado, y cuando me hizo quitarme la pantaleta para revisarme estimuló mi clítoris e introdujo aproximadamente tres dedos, cuando se supone que lo que iba a ver era el granito que estaba

fuera de mi vagina. No sé todavía si era necesario que introdujera sus dedos, pero para mí fue algo demasiado desagradable y humillante que me pudo haber pasado con un médico, y todo para decirme que tenía una infección por haberme sentado en un baño público o no haber enjuagado bien mi ropa interior. Y en cuestión de mis senos eran abscesos por falta de actividad" (Natalia).

"[Una caricia y un manoseo son diferentes de una revisión normal] por la actitud del médico, que tenga cara de maloso, por sus gestos" (Lucía).

"Una vez escuché a mi tía decir que una muchacha entró al Seguro a revisión ginecológica y el doctor la manoseó y la muchacha levantó un acta porque el médico abusó de ella sexualmente en el consultorio" (Lucía).

Una de las jóvenes padeció una auscultación ofensiva y un diagnóstico falso y prejuicioso:

"El doctor le dijo a mi mamá que antes de la violación ya no era virgen, lo cual no era cierto porque yo sí era virgen. Él dijo: 'Tu himen no es el de una señorita, tú antes ya habías tenido relaciones'. Además dijo que las mujeres tenemos unas como semillas que no se desarrollan cuando somos jóvenes sino hasta que tenemos sexo y que yo ya tenía, así que preguntó que cuántas veces lo había hecho. Después de insistir conmigo dijo: 'Está bien, si tú no quieres decirme nada voy a hablar con tu mamá y si no quieres decir la verdad entonces tendrás que venir cada seis meses a hacerte pruebas de enfermedades'" (Isabel).

Sin embargo, hubo excepciones: algunas exploraciones ginecológicas y el trato fueron profesionales y éticos:

"Gracias a esta última doctora volví a tener confianza en un médico, ya que ella me hizo ver que no todos los ginecólogos abusaban de su profesión y me aconsejó que nunca permita que me revisen si no hay una enfermera al lado o no se ponga guantes antes de hacerlo" (Natalia).

Discusión y conclusiones

La utilización complementaria de varias técnicas de investigación cualitativa permitió obtener información acerca de las revisiones e intervenciones ginecológicas y obstétricas, y de las experiencias que las mujeres tienen en torno a éstas, en consonancia con las expectativas metodológicas de Taylor y Bogdan [1996]. A su vez, el enfoque de género dio la posibilidad de identificar, en la práctica médica de la ginecología y la obstetricia, las condiciones de supremacía masculina y subordinación femenina que han sido reveladas por la literatura feminista [Lagarde, 1997] y sociológica

[Bourdieu, 2000]. En este sentido, nuestros hallazgos sobre la práctica médica ginecológica y obstétrica y la subjetividad de las mujeres que participan en ella como pacientes indican que las relaciones entre médico y paciente en nuestra cultura se encuentran marcadas por las dinámicas del poder que se juegan en la sexualidad y la reproducción. Como sostuvo Foucault [1996], el ejercicio del poder forma parte intrínseca de las relaciones entre los seres humanos, y particularmente entre los sexos.

Las visitas ginecológicas son consideradas, en los hechos, de beneficio especial para mujeres en edad reproductiva, activas sexualmente, gestantes y con alteraciones, irregularidades, daños o patologías en los sistemas, aparatos, miembros, órganos, ciclos o partes corporales relacionados con su sexualidad y/o reproducción. En estas visitas, los profesionales de la medicina obtuvieron indicios y aplicaron procedimientos de inspección y tratamiento para restaurar, mantener o asegurar, en el futuro, un estado y funcionamiento adecuados del cuerpo femenino, visto, tratado o vivido cultural y subjetivamente como clave en la sexualidad y la reproducción.

Las mujeres tuvieron un papel activo en la realización de las visitas ginecológicas. Sus variados motivos dieron la pauta: primera menstruación, revisiones generales, periodo menstrual irregular, flujo vaginal, infección(es) vaginal(es), retraso en menstruación, sospecha de embarazo, embarazo, embarazo ectópico, aplicación de anticonceptivo, aborto, legrado, crecimiento de mamas, tumor en seno, tumor o miomas en matriz, quistes en ovarios y violación.

De alguna manera, todos estos motivos refieren la regulación del ciclo menstrual, la prevención o cuidados del embarazo, el control de estados y funcionamientos mórbidos de la anatomía y fisiología de la mujer, la suspensión de procesos gestacionales (prácticas de abortos), la atención de nacimientos (partos o cesáreas), o la obtención de juicios expertos sobre el sufrimiento de algún delito sexual (violación).

Correspondió prioritariamente a las mujeres mayores de la parentela vigilar el buen estado de la salud reproductiva y sexual de las mujeres más jóvenes. En la relación conyugal, tocó a sus parejas, masculinas, este papel protector. Quienes carecieron de tales apoyos femeninos o masculinos se sintieron desvalidas en su condición femenina y de pacientes. Sin embargo, como afirma Figueroa [1993], las mujeres son quienes tienen mayor conocimiento y hacen uso en mayor grado de las prácticas anticonceptivas. Por su parte, los varones a veces dificultaron que sus parejas acudieran al ginecólogo, con el intento de que los médicos no miraran, tocaran o manipularan el cuerpo sexuado de ellas, sobre el cual sienten que, como cónyuges, tienen más derechos que otros hombres. Sólo la institución

- médica y cierto reconocimiento social de ésta autorizan y legitiman que otros varones, en este caso los ginecólogos, actúen sobre los cuerpos vestidos o desnudos de las mujeres, en su calidad de pacientes.
- Ante las participantes, médicos y médicas tienen distinto estatus. La profesión médica y el ejercicio de la ginecología y la obstetricia no bastan, desde la perspectiva de las mujeres, para que ellos dejen de actuar como hombres: deseosos sexualmente, con dobleces, morbosos, misóginos, que asignan un valor extra a la juventud femenil. Podría afirmarse que unas mujeres, las médicas, tienen mayor poder sobre otras mujeres, las pacientes, gracias al poder que la institución médica les confiere a aquellas. También hay médicos y médicas en ginecología y obstetricia que, desde la experiencia de las pacientes, sujetan su trabajo a las normas y la ética de la medicina.
- Es más aceptable culturalmente que las mujeres observen, toquen y manipulen los cuerpos de otras mujeres que requieren ayuda para mejorar su salud sexual y reproductiva, aunque parece que es mayor el número de hombres que practican la ginecología y la obstetricia. Es necesario comprobar tal cifra estadística, lo cual indicaría que los varones siguen colocándose con más facilidad en los sitios de mayor valor político y social en la salud pública. Aparentemente, la preferencia o mejor experiencia de las mujeres al ser revisadas por personal femenino no corresponde con el número relativo de personal médico de un sexo y otro en ginecología y obstetricia.
- También desde la percepción de las mujeres, la atención ginecológica y obstétrica de las clínicas y hospitales del sector privado es superior a la del sector público. Opinan que la atención en el servicio público es más deficiente y despótica, mientras que en el privado es mejor en varios indicadores (por ejemplo, en tiempos: en la atención es largo y la espera es corta). Mientras que el servicio público proporciona atención supuestamente gratuita a mujeres que considera beneficiarias, socorridas, el servicio privado se esmera en ofrecer la mejor atención a clientas que retribuyen económicamente el servicio de salud proporcionado. Aquí está implícita una relación compleja entre políticas sanitarias, relaciones sociales y subjetividad, que por ahora no analizaremos.
- El recurso de las mujeres a las visitas ginecológicas se vinculó al menos con: a) la etapa de la vida en la que se encuentran (acuden más al ginecólogo cuando llevan una vida sexual y reproductiva activa); b) el estado de su salud sexual y reproductiva (las visitas al especialista no son frecuentes cuando están saludables); c) los valores diferenciales que asignan a la curación y a la prevención de problemas en su salud sexual y

reproductiva (acuden más quienes, estando sanas, valoran positivamente la prevención de enfermedades); y d) la gravedad que atribuyeron las mujeres y la sociedad a la enfermedad, daño, alteración o problemática de tipo sexual o reproductivo (acuden más cuando ellas y la sociedad perciben que la enfermedad o síntomas son graves).

Como mencionan Bosch y Ferrer [2001], cuando las mujeres presentan cambios en su estado de salud y una sintomatología particular, perciben, interpretan y etiquetan dichos síntomas. Sin embargo, no perdamos de vista que las atribuciones de tipo, nivel de gravedad y causas de la enfermedad de las mujeres pueden ser distintos conforme su perspectiva y la de los hombres.

La exploración ginecológica incluye interrogatorio, palpación corporal y tacto vaginal. Las intervenciones del especialista implican la prescripción o realización de revisiones, pruebas o estudios clínicos (papanicolau, mastografía, colposcopia, amniosentesis y legrados), la administración de medicamentos (vitaminas, hormonas, antibióticos), las curaciones con instrumental médico (criosentesis), la atención por parto, las cirugías (episiotomía, salpingoclasia, cesárea, histerectomía, mastectomía) y la aplicación de métodos anticonceptivos (la colocación de un dispositivo intrauterino), entre otros. Las diferentes clases de exploración o intervención ginecológica y obstétrica tuvieron impacto en las experiencias subjetivas de las mujeres que fueron sometidas a ellas. Destacaron la vergüenza, el miedo, la desconfianza, la indignación, la confusión, la perplejidad, la vejación, el dolor, la incomodidad, las dudas, la impotencia y la desesperación, comprensibles en personas carentes de poder en las relaciones sociales, como sucede con las mujeres de nuestra cultura en su sexualidad y reproducción.

Temores, expectativas, suposiciones y experiencias de las mujeres confirmaron su percepción de ser no sólo pacientes favorecidas por la práctica médica, sino también objetos o víctimas durante las exploraciones e intervenciones ginecológicas y obstétricas, principalmente cuando éstas son realizadas por profesionales de sexo masculino. Así, en el campo de la ginecología y obstetricia se materializan y se reproducen prácticas y representaciones misóginas de la cultura de supremacía masculina y subordinación femenina, en congruencia con lo planteado por Bourdieu [*ibid.*].

Al parecer, la edad, el estado de salud, el número de hijos, los conocimientos, las características personalógicas, la etnia de origen y el estatus social y económico de las mujeres son factores que contribuyen al balance de poder entre ellas y los(as) profesionales de la medicina. Es decir, las mujeres menores, las que han tenido más hijos (lo que se opone a las políticas de

control natal), las más ignorantes, las menos asertivas, las de origen étnico discriminado (por ejemplo, las de apariencia indígena) y las que tienen menor nivel educativo y económico probablemente recibirán atención ginecológica y obstétrica de menor calidad. Estos factores pueden incidir sobre el esmero que los ginecólogos y obstetras depositen en su atención y trato a las mujeres y, en consecuencia, sobre la satisfacción que ellas experimenten como pacientes.

Los contextos de las revisiones e intervenciones ginecológicas son importantes para la investigación social, antropológica y psicológica sobre sexualidad y reproducción, porque en ellos destacan algunos aspectos de los cuerpos de las mujeres, los cuales tienen evidente connotación sexual y reproductiva: menstruación, senos, vaginas, úteros, piernas, fluidos, olores, tactos, caricias, apretones, sexo, fecundación, embarazo, parto, placer, dolor, belleza femenina, entre otros.

En fin, las experiencias, muchas veces negativas, que tienen las mujeres en las exploraciones e intervenciones ginecológicas y obstétricas y los significados que atribuyen a éstas son comprensibles dentro del marco cultural de las subjetividades femenina y masculina relacionadas con lo sexual: un marco de prácticas y representaciones que valora y considera como objetos eróticos a los cuerpos de las mujeres.

Por último, la presente investigación permite pensar en la necesidad de realizar estudios acerca de: 1) la subjetividad de los profesionales de la ginecología y la obstetricia y de otras especialidades médicas, respecto a los aspectos sexuales de los diferentes tipos de exploraciones e intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres y de los hombres; 2) la riqueza de los métodos observacionales en la indagación de éstos, y 3) la congruencia entre la práctica ginecológica y obstétrica y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los varones, entre otros temas.

Anexo

Tópicos de las entrevistas

Datos personales:

- Edad
- Ocupación
- Estado civil
- Escolaridad
- Lugar de nacimiento
- Lugar de residencia
- Personas con quien vive

Historia familiar:

- Número de hermanos
- Lugar que ocupa entre ellos
- Relaciones con padre, madre y hermanos
- Relación con la pareja

Hábitos:

- Alimentación
- Sueño-vigilia
- Fumar
- Beber
- Distracciones
- Actividades físicas

Salud reproductiva:

- Tipo de educación sexual y reproductiva recibida
- Características de la menstruación (duración, malestares, cambios de humor)
- Número y edad de los hijos (si los hay)
- Abortos y causas si los hubo
- Práctica de papanicolaou y otros estudios ginecológicos
- Frecuencia de visitas al ginecólogo

Atención médica:

- Tipo de servicio médico utilizado
- Percepción de instituciones de salud
- Percepción de prestadores de servicio médico
- Percepción de la atención médica recibida
- Exploraciones médicas: cuándo, cómo, con quién, dónde, por qué.
- Intervenciones médicas: cuándo, cómo, con quién, dónde, por qué.
- Significados otorgados a las exploraciones y/o intervenciones

Cuestionario

Para ti, ¿qué es la sexualidad?

¿Cómo crees que viven las mujeres su sexualidad?

¿Cómo es la educación sexual en hombres y en mujeres?

¿Existen diferencias entre los hombres y las mujeres, en cuanto a los modos de relacionarse cada uno con los demás?

¿Qué derechos sexuales y reproductivos crees que tengan las mujeres?

¿Qué consideras que está permitido y no permitido a las mujeres en cuanto a su sexualidad?

¿Para ti, qué es la agresión, la violencia y/o un delito sexual contra las mujeres?

Bibliografía

- Amigo, I., C. Fernández y M. Pérez
1998 *Manual de Psicología de la Salud*, Madrid, Pirámide.
- Bosch, F. E. y P.V. Ferrer
2001 "El análisis de género: una revisión necesaria en psicología social de la salud", en *Psicología y Salud*, vol. 11, núm. 1, pp. 5-16.
- Bourdieu, P.
2000 *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama, Colección Argumentos.
- Bronfman, M., R. Castro et al.
1997 "Del 'cuándo' al 'por qué': la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios", en *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 5, pp. 442-450.
- Buggs, L. A. y P. E. Casanova
1997 "¿Quién dijo que todo está perdido? ...yo vengo a exigir calidad... en los servicios de salud", en *FEM*, núm. 66, pp. 24-25.
- Cabal, L.
s/f *Cuerpo y Derechos: Protección Internacional*, Epikéia, Justicia con equidad, Marco internacional de los derechos reproductivos, Salud y derecho a decidir sobre el propio cuerpo (15-23).
- Casanova, P. E.
1997 "El Modelo de Calidad: un paso más en las historias de Salud Integral para la Mujer", en *FEM*, núm. 177, pp. 31-32.
- Cuesta, B. C., de la
1999 "Las mujeres y el manejo de un síntoma: de la valoración a la selección", en *Salud Pública de México*, vol. 41, núm. 2, pp. 124-129.
- Figueroa, P. J. G.
1993 "El enfoque de género y la representación de la sexualidad. Algunas Reflexiones", en *Cuadernos de capacitación en investigación sobre planificación familiar*, México, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios en Salud, Dirección General de Planificación Familiar, Cuaderno núm. 1, pp. 1-25.
- Foucault, M.
1996 *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*, México y España, Siglo XXI editores.
- Hernández, E.
1997 "Hacia la ciudadanización y equidad de género en los servicios de salud", en *FEM*, núm. 177, pp. 28-30.

Ispfordin, A.

- 1998 "El aliento y los pasos. 10 años de Salud Integral para la Mujer", en *FEM*, núm. 180, pp. 4-8.

Jasis, S. M.

- 1997 "Las relaciones entre usuarias y proveedores de salud reproductiva... ¿Diálogo de sordos? Un estudio de caso en Baja California Sur", en *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, México, Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México, pp. 179-199.

Lagarde, M.

- 1997 *Los Cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM.

Martínez, S. C. y F. G. Leal

- 1998 "Investigación Cualitativa en el Terreno del Sector Salud", en Mercado, F. J. y S. L. Robles (eds.), *Investigación Cualitativa en Salud: Perspectivas desde Occidente de México*, México, Universidad de Guadalajara.

Pérez, R. L., B. M. L. Márquez y G. D. Namihiria

- 2001 "La percepción del paciente femenino por el personal de la salud. Un aspecto a considerar en la calidad de la atención médica", en *Psicología y Salud*, vol. 11, núm. 1, pp. 27-38.

Reyes, Z. H.

- 1997 "Reflexiones acerca del consentimiento informado en el otorgamiento de servicios de salud", en *FEM*, pp. 17, 54-55.

Salas, V. M. y C. A. M. Hernández

- 2001 "Los sutiles hilos del poder médico no son fáciles de romper. Percepción de proveedoras de servicios de una experiencia de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil", en *Calidad de la atención con perspectiva de género*, México, Plaza y Valdés, SIPAM, pp. 99-125.

Sarduy, S. C. y R. A. C. Alfonso

- 2001 "Psicología de la Salud y Género. Invisibilidad y retos para el nuevo siglo", en *Psicología y Salud*, vol. 1, núm. 3, pp. 17-26.

Taylor, S. J. y R. Bogdan

- 1996 *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, México, Paidós.

Wiesenfeld, E.

- 2001 *La autoconstrucción: un estudio psicosocial del significado de la vivienda*, Venezuela, Comisión de Estudios de Postgrado, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.

Summary