

**Stella Maris Salinero Rates**  
*Universidad de Valparaíso*  
stellasalinero@gmail.com

## **“Acallar las voces del cuerpo”: patologización, medicalización y emociones encarnadas en experiencias de violencia ginecológica y obstétrica en Chile\***

### **“Silencing the Voices of the Body”: Pathologization, Medicalization and Incarnated Emotions in Gynecological and Obstetric Violence Experiences in Chile**

#### **Resumen**

El objetivo de este artículo es indagar en los imaginarios sociales que la ginecología y obstetricia han construido sobre las mujeres y sus cuerpos, así como los posibles vínculos con la violencia que se produce en esos espacios de salud, desde la perspectiva de las usuarias. A través de grupos de discusión en cuatro ciudades del país y de un análisis temático de los relatos, propongo tres temas centrales: experiencias de fragmentación del cuerpo; operaciones de control (patologización y medicalización); y emociones encarnadas y memoria corporal. Planteo que la violencia ginecológica y obstétrica tiene un impacto profundo en las vidas de quienes la padecen, confirmándose en la activación de emociones negativas y de una memoria corporal que perdura por largo tiempo.

**Palabras claves:** Violencia ginecológica y obstétrica, imaginarios sociales, patologización/medicalización, emociones encarnadas.

#### **Abstract**

The aim of this article is to investigate the social imaginaries that gynecology and obstetrics have built about women and their bodies, as well as the possible links with the violence that occurs in these health spaces, from the perspective of the users. Through focus group in four cities in the country and a thematic analysis of the stories, I propose three central themes: experiences of body fragmentation; control operations (pathologization and medicalization); and incarnated emotions and body memory. I propose that gynecological and obstetric violence has a profound impact on the lives of those who suffer from it,

---

\* Este artículo de investigación es parte del proyecto de investigación doctoral “Violencia ginecológica y obstétrica en Chile: imaginarios sociales, experiencias y consecuencias” realizado en el marco del programa de Doctorado en Estudios Interdisciplinarios sobre Pensamiento, Cultura y Sociedad de la Universidad de Valparaíso, beca doctorado Nacional ANID folio 2170509.

confirmed in the activation of negative emotions and a body memory that lasts for a long time.

**Keywords:** Gynecological and obstetric violence, social imaginaries, pathologization/medicalization, incarnated emotions.

## Introducción: Desde una imagen hacia los imaginarios sociales

El interés por estudiar los imaginarios sobre las mujeres y sus cuerpos en ginecología y obstetricia surgió al ver la portada de un libro de Obstetricia titulado *Embarazo, parto y puerperio* (Lattus et al., 2012). En ese momento pude ver condensado en la imagen escogida como portada del libro, el imaginario médico sobre la necesidad de intervención y vigilancia de nuestros cuerpos y procesos fisiológicos, desplegado en este caso específico sobre la atención del parto. En la portada operaba un desplazamiento del título *Embarazo, parto y puerperio* desde quienes viven esos procesos (gestantes) hacia quienes atienden dichos procesos, para con ello situarles como protagonistas y resaltar un enfoque centrado en la intervención. El primer plano muestra tres manos con guantes quirúrgicos que sostienen un cordón umbilical para cortarlo, mientras al fondo se observan unas sábanas del mismo tono verde de las batas. El instrumental representado por las tijeras y la ropa quirúrgica, el círculo que destaca el procedimiento del corte, son todos significantes que giran en torno a la labor médica y con ello anuncian que la publicación pone el acento en las intervenciones y el lugar de las y los profesionales que atienden el parto entendido como “procedimiento médico”. Del cuerpo gestante solo nos queda un fragmento del cordón umbilical. Tanto el cuerpo gestante como el cuerpo de quien ha nacido desaparecen de la imagen, es invisibilizado y cosificado, dada la nula relevancia atribuida a ese cuerpo en la escena. La imagen me pareció una declaración poderosa y contundente de cómo es comprendido el parto y de cómo se enseña, ya que aquel libro es un texto de estudio. Como dice su reseña en la página web de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile:

Los estudiantes encontrarán materiales de clases y seminarios (...) como información general y elemental, lo que les permitirá llegar al internado de medicina con una actitud dinámica y así aprovechar al máximo su tiempo disponible para practicar la gineco obstetricia básica. (<https://uchile.cl/m131815>)

La inquietud reflexiva que generó en mí esta portada me llevó a plantearme una serie de preguntas: ¿es posible establecer alguna relación entre los imaginarios sociales que sobre las mujeres ha puesto en circulación la ginecología y las prácticas de violencia que se producen y reproducen en las consultas ginecológicas? ¿A través de qué mecanismos dichos imaginarios podrían guiar esas prácticas y actitudes hacia nosotras? Y finalmente ¿de qué forma podrían intervenir o bien modelar la relación médico-paciente en el campo de la ginecología? Para indagar en las posibles respuestas a estas preguntas consulté a distintos grupos de mujeres, en diversos lugares de Chile, para conocer cómo ellas perciben y dan sentido tanto a los imaginarios, como a los tratos recibidos en sus atenciones ginecológicas y obstétricas. De ello resultaron cinco

grupos de discusión, en que participaron un total de 47 colaboradoras, y que fueron realizados durante el año 2019 en las ciudades de Antofagasta, Valparaíso, Santiago y Puerto Natales.

## Sobre el concepto de imaginarios sociales

Los imaginarios sociales son un concepto que ha sido trabajado ampliamente desde mediados del siglo XX, principalmente en el ámbito de las humanidades y las ciencias sociales, tanto en Europa como en Latinoamérica. Diversas definiciones coinciden en que la imaginación es una facultad social, colectiva, que atañe al campo de la creación social histórica, y que posee una enorme potencia de creación de significados (Castoriadis, 2010; Maffesoli, 2003; Baczko, 1999; Arruda, 2020). Una de las funciones principales del imaginario social es crear y reforzar los vínculos sociales, por medio de ideas colectivas, representaciones, mitos, ideas imágenes, emociones comunes, regular la vida social y ejercer control sobre la misma (Baczko, 1999, Baeza, 2007).

Cornelius Castoriadis (2010) se refiere a los imaginarios sociales como un magma de significaciones que dan vida a la sociedad, la articulan y constituyen. Este magma de significaciones en constante creación se desplegaría socio históricamente en dos formas: como imaginario social instituyente (o radical) y como imaginario social instituido (Castoriadis, 2010). El primero alude a lo que el autor llama campo de creación social histórica, y cuya facultad es crear significaciones e instituciones. El imaginario social instituyente posibilitaría la transformación social, encarnaría la potencia del cambio, la invención de lo nuevo. El imaginario social instituido sería aquel que ya está asentado, lo heredado, y que, por tanto, reproduce las instituciones, tradiciones, costumbres y normas sociales. Estas dos formas estarían actuando constantemente y nos entregan el ejemplo paradigmático del lenguaje (una creación colectiva anónima) como aquello instituido que está por sus propias características abierto a la creación incesante de lo nuevo, a lo instituyente, sin dejar de seguir siendo inteligible.

En este sentido, los imaginarios sociales son parte de la identidad colectiva de un pueblo o grupo humano, que al representarse a sí mismo “marca la distribución de los papeles y posiciones sociales, expresa e impone ciertas creencias comunes” (Baczko, 1999, p.28). Estos permitirían delimitar quiénes son parte de la comunidad o grupo en tanto definen valores y ofrecen divisiones tales como las de amigo/enemigo, rivales/aliados, operando en y por el simbolismo. La adhesión a dichos imaginarios sociales guía las conductas y prácticas de las y los individuos. Allí radicaría su eficacia y poder. Bronislaw Baczko enfatiza la relación entre los imaginarios sociales y el poder, en tanto todo poder se legitima y asegura su dominio a través de los imaginarios sociales que crea para sí (representaciones, emblemas, símbolos, etc.), para lo cual también renueva o reutiliza partes de otros imaginarios sociales de modo de establecer una imagen que destaque su grandeza (ejemplo de ello sería la disputa por la herencia griega entre diversas naciones europeas o, en Chile, la alusión en los trajes militares a las vestimentas prusianas). Baczko destaca el papel de la propaganda en el establecimiento de los estados totalitarios y señala a los medios de comunicación de masas como funcionales a estos, en la medida que potencian sus posibilidades de circulación. En cualquier caso, los imaginarios sociales pueden también constituir horizontes de esperanza colectiva y en este lugar sitúa, por ejemplo, el desarrollo histórico del imaginario utópico. En este sentido, los imaginarios sociales son el lugar del conflicto social y además parte de lo que está en juego en dichos conflictos (Baczko, 1999).

Por todo lo anterior, considero pertinente estudiar la violencia producida hacia las mujeres y personas asignadas al nacer como mujeres en ginecología y obstetricia, desde la óptica de los imaginarios sociales, porque al constituir y articular las diferentes instituciones de la sociedad orientarían las prácticas de los grupos, reforzando creencias arraigadas sobre ellas o, lo cual sería esperanzador, desafiándolas. La ginecología como disciplina prescribiría ciertas nociones y prácticas a las y los profesionales sobre las mujeres y sus cuerpos, así como sobre cómo interactuar con ellas.

Los imaginarios sociales sobre las mujeres y los imaginarios sociales ginecológicos son creaciones histórico-sociales que se relacionan e influyen mutuamente. Es por ello que muchas de las ideas de la ciencia sobre las mujeres, su conducta, modo de concebir su sexualidad, habilidades físicas e intelectuales se basan en lo que han llamado sesgos de género (Hubbard, 1995; Valls-Llobet, 2009; Dauder y Pérez Sedeño, 2017; Gérvas y Pérez-Fernández, 2016). Además de los sesgos de género también es posible percatarse de los sesgos racistas. Estas ideas prevalecen en las sociedades incluso cuando ha sido demostrada su falta de fundamento o más bien su fundamento racista y sexista e interactúan con el imaginario sobre la ciencia como neutra y objetiva. La epistemología feminista ha subrayado que las convenciones sociales y las relaciones de poder permean la ciencia, poniendo en cuestión la objetividad como núcleo de la racionalidad occidental y del pensamiento científico (Hubbard, 1995; Harding, 2021).

## Imaginarios sociales producidos por la ginecología en torno a las mujeres y sus cuerpos

La historiadora Claudia Araya Ibacache (2006) plantea que la ginecología durante el siglo XIX construyó una imagen patológica “del sexo femenino”, convirtiendo a las mujeres en enfermas y cristalizando una visión que vinculaba el útero con la psiquis. Esta no era nueva, sino que más bien fue robustecida y legitimada por el conocimiento científico decimonónico. La autora revisa cómo se implementó en Chile la ciencia médica a partir de los modelos alemán y francés, fuertemente influidos por el positivismo, en el entendido de que los padecimientos estarían marcados por órganos, en este caso, útero, ovarios, clítoris. Así, al focalizarse en estos órganos considerados desde la diferencia sexual, la ginecología fue y es la disciplina médica que por excelencia se ocupa de la “otredad” de las mujeres (Strömquist, 2018).

Esta insistencia de la predisposición “patológica del sexo femenino” no fue solo empeño de la disciplina ginecológica. Otras áreas de las ciencias también colaboraron firmemente, como por ejemplo la psiquiatría, jugando un gran papel en la constitución de dicha imagen (Didi Huberman, 2007; Hustvedt, 2011). En este sentido, la psiquiatría utilizó a la fotografía con mucha destreza para “fijar” las ideas que se tenían sobre determinados grupos en sus cuerpos. Son célebres las fotografías de Charcot que dieron sustancia iconográfica al imaginario sobre las histéricas.

Todos estos imaginarios sociales contruidos desde la ciencia, negativos sobre las mujeres que se concentraban en demostrar su inferioridad, tanto física, psíquica, e intelectual, absorbieron creencias e ideas socioculturales fuertemente arraigadas (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017) Como expresan García Dauder y Pérez Sedeño (2017), aunque muchas de estas ideas han sido duramente criticadas desde dentro de la práctica científica feminista, han tenido un impacto

duradero y se han integrado en el imaginario social sobre las mujeres, sus cuerpos y sus conductas. Lo anterior no se limitó a las mujeres blancas occidentales, sino que podríamos decir que constituyó un proyecto dentro de la ciencia moderna el demostrar la superioridad del hombre occidental, blanco, heterosexual, sobre todos aquellos grupos a quienes dominaba y/o pretendía dominar (Hubbard, 1995; Quijano, 1992). La “experiencia del cuerpo ha sido históricamente muy diferente en función de qué sujetos han sido receptores de las prácticas médicas y tecnocientíficas” (Pérez Sedeño y Ortega Arjonilla, 2014, p.31).

Existe acuerdo entre las investigadoras feministas en que persiste una imagen patológica de los cuerpos de las mujeres en la ginecología, y que esta patologización se puede volver una excusa para intervenirlos. Esta visión negativa reproduce y legitima la subordinación y opresión de las mujeres mediante el conocimiento autorizado de la ciencia, dando pie a la construcción de imaginarios sociales que tienen efectos concretos en las vidas de las personas que utilizan los servicios de ginecología. Para ello se ha dispuesto un dispositivo de patologización, que consiste en convertir un cuerpo sano y sus procesos, en uno potencialmente enfermo, autorizando con ello su medicalización, esto es, la excesiva intervención médica. En este sentido, se puede afirmar que todos los llamados procesos fisiológicos de las personas asignadas mujer, menstruación, gestación, parto nacimiento, menopausia, han sido tratados como riesgosos y medicalizados, teniendo como consecuencia inmediata la pérdida de autonomía y la producción potencial de daño físico y psíquico en quienes reciben esos “cuidados” (Ehrenreich y English, 2010; García, 2021; Gérvas y Pérez-Fernández, 2016; Kitzinger, 2006; autor, 2021). Dichos procesos han dejado de ser vividos como partes de la vida para convertirse en eventos médicos necesitados de intervención (Ilich, 2015).

Este imaginario social occidental ha sido peculiarmente insistente sobre la menstruación, produciendo una visión negativa y problemática de esta (Tovar, 2006). El imaginario de la mujer como “venenosa”, es decir, susceptible de contaminar a través de sus fluidos menstruales, ha sido una constante desde los tratados de la Antigüedad Clásica hasta nuestros días, convirtiendo a la menstruación en un tabú (Fernández Tijero et al., 2016). Este imaginario social de la menstruación se reactualiza en diferentes síndromes y trastornos (ej. trastorno disfórico premenstrual). La menopausia también se ha comenzado a mirar como una enfermedad (Valls-Llobet, 2009) al estar el cuerpo “carente de” (en este caso hormonas), instando a las mujeres que puedan costearlas a utilizar terapias hormonales sustitutivas, las que han estado en la mira por sus efectos secundarios no advertidos por las farmacéuticas y estrecha relación con cáncer de mama (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2019; Lorde, 2019).

El imaginario social puesto en movimiento por la ginecología ha contribuido a la cada vez más creciente medicalización de la vida (Illich, 2015) y ha producido una forma de violencia específica basada en sesgos de género, donde también se cruzan el racismo y la discriminación de clase, llamada violencia ginecológica y obstétrica (VGO). La VGO ha sido definida como todas aquellas prácticas realizadas por integrantes del equipo de salud (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es, etc.) que pueden implicar una atención o tratamiento deshumanizado, el uso de procedimientos innecesarios o abuso de medicación, la transformación de procesos fisiológicos en patológicos, la denegación de información o tratamiento, cuestiones todas ellas que pueden derivar en la pérdida de autonomía de las mujeres y/o capacidad de tomar decisiones libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad (Almonte, 2016; Arguedas, 2014; Belli, 2013; Bellón, 2015; Cárdenas et al., 2020; Salinero, 2021; Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2023). Dicha violencia podría originarse en este imaginario social patológico de los cuerpos de las mujeres, el cual sigue

operando y ha conllevado a una creciente medicalización y control, nunca visto, del cuerpo y procesos fisiológicos de estas (Esteban, 1996; Kaiser & Kaiser, 1974).

Emily Martin (1991) se refiere a este proceso como la utilización de nuevas metáforas en la ciencia, las que reactivan viejos prejuicios en investigaciones al no lograr (o no querer) desprenderse de las imágenes negativas sobre las mujeres y sus cuerpos. Es así como la histeria ha sido revisitada y reforzada de modo que la locura e inestabilidad mental se asocian con la fisiología, logrando psicologizar el dolor de las mujeres (considerado como fantasías carentes de origen orgánico) y medicalizar sus padecimientos con psicofármacos (Clarke, 1983; Valls-Llobet, 2009; del Río, 2022). Esta cuestión ha sido particularmente dramática en relación con la endometriosis, enfermedad largamente desatendida, y en que se ha considerado a quienes la padecían como locas por parte del discurso médico (Young, Fisher, & Kirkman, 2019). Existe una evidente y constante intersección entre prejuicios de género, conocimiento y poder en ginecología. En definitiva, revisando los diversos imaginarios sociales en torno a las mujeres y sus cuerpos en ginecología, un aspecto se mantiene y es que el cuerpo femenino dado su carácter patológico es susceptible de reparación, es decir, de medicalización.

## Método

El material que analizaré en este artículo es parte de mi investigación doctoral, cuyo trabajo de campo se realizó durante el año 2019 en Chile. Este consistió en cinco grupos de discusión en cuatro ciudades que se encuentran en las zonas norte, centro y austral del país (Antofagasta, Valparaíso, Santiago y Puerto Natales). Elegí realizar grupos de discusión porque este dispositivo conversacional (Barbour, 2013) de producción de información permite colectivizar y politizar contenidos que se mantienen en el campo de lo privado. Los grupos de discusión posibilitan formas de comunicación con y entre mujeres. Me interesan porque pueden contribuir a romper el silencio sobre una problemática naturalizada, en este caso, la violencia ginecológica y obstétrica, legitimando colectivamente las voces de quienes han vivido esas experiencias solitariamente (Madriz, 2001; Trebisacce, 2016). El reconocimiento de vivencias comunes podría ayudar a emerger una conciencia que promueva levantar demandas sociales (Kamberelis y Dimitriadis, 2015; Lorde, 1984), y en este sentido aportar con una descripción colectiva y crítica de los servicios de ginecología en que nos atendemos. Un aspecto que llama mucho mi atención fue la acogida entusiasta y el agradecimiento por parte de las colaboradoras sobre mi propuesta, comentando que hacen falta más instancias como esta, lo que me convence de la pertinencia de esta herramienta metodológica para abordar la violencia ginecológica y obstétrica.

## Procedimiento y material

Como parte de la metodología del estudio contemplé mostrar en cada sesión un collage creado por mí misma a partir de diferentes imágenes que se encuentran en un conjunto de manuales de ginecología y obstetricia al uso en Chile. Incluir el collage tuvo como propósito incentivar y/o facilitar el habla en un tema que toca su intimidad y posibles situaciones de violencia. En este sentido la imagen es concebida como un material de estímulo (Banks, 2010;

Barbour, 2013). En este collage agrupé cuatro imágenes que previamente escané y recorté, escogiendo dibujos y representaciones del cuerpo. En el centro del collage situé la imagen de una mujer desnuda en un quirófano a la que rodean cinco personajes con indumentaria quirúrgica para pabellón, que pertenece a la sección de cirugía ginecológica. Hacia la derecha hay un detalle de un procedimiento de ligadura de trompas (ligadura por transfixión del ligamento redondo) y hacia abajo otro detalle de ligamento redondo seccionado. Estas tres imágenes pertenecen al *Manual de Ginecología* de Berek y Novak (2019). Hacia el lado superior izquierdo hay una imagen que muestra a una “mujer” en una silla ginecológica que es parte del manual *Ginecología* y del manual de *Obstetricia*, ambos de Pérez Sánchez (2014, 2011). Hacia el lado inferior izquierda otra imagen tomada del mismo manual enseña los genitales externos femeninos.

(1. Collage, creación propia)

Les expliqué a las colaboradoras de cada grupo que les iba a mostrar una imagen creada a partir de materiales que provenían de manuales de ginecología y obstetricia, y les pedí que me comentaran lo que veían, qué les evocaba, y que se refirieran a ella de la forma más amplia y libre posible. En este sentido intenté generar una reflexión sobre cómo nos ven, mirando un conjunto de representaciones que de nuestros cuerpos circulan en manuales que son parte de la formación en la disciplina, para reflexionar desde allí sobre sus experiencias encarnadas. Las imágenes producidas para los manuales están ligadas al texto, pero no se encuentran necesariamente supeditadas a él. Estas representaciones visuales, al ser un trabajo de elaboración, interpretación y abstracción del cuerpo y de los órganos sexuales de las mujeres, indican lo que se debe ver y cómo se debe ver (Banks, 2010; Fajula, 2012). En este sentido me permití aglutinar una serie de imágenes en una sola página para subrayar esta idea.

## Participantes

Los criterios de inclusión de la muestra fueron los siguientes: tener más de 18 años, haber asistido alguna vez a la consulta ginecológica u obstétrica en Chile, y residir habitualmente en la ciudad en que se realizaba el grupo. La participación era voluntaria y se incluyeron mujeres de distintos rangos etarios, diferentes niveles de estudios y diversas orientaciones sexuales. Realicé una invitación amplia a quien quisiera colaborar, compartiendo una convocatoria a diversas organizaciones feministas de cada ciudad en las que estuve como asimismo utilizando mis contactos personales. Participaron cuarenta y siete mujeres, seis de las cuales son migrantes tanto de Latinoamérica como de Europa. Sus edades fluctúan entre los 22 y 73 años. La mayoría ha realizado estudios universitarios completos, cinco estudios técnicos y solamente dos habían realizado otros estudios con posterioridad a los de secundaria. Respecto a la orientación sexual, la mayoría es heterosexual, y solo una de las colaboradoras se presenta a sí misma como lesbiana. La mayoría tiene por lo menos un/a hijo/a (trece de ellas lo tuvieron por cesárea), tres estaban gestando en el momento del grupo de discusión (todas de Puerto Natales) y once no han tenido hijas/os.

## Análisis de la información

Para el análisis de la información generada por los grupos de discusión, decidí realizar un estudio temático reflexivo a partir de la propuesta de análisis cualitativo de las investigadoras Braun y Clarke (2006; 2021). Me interesa esta propuesta porque pone el acento en el carácter interpretativo del análisis y cómo este va guiando la construcción de códigos hasta llegar a los temas centrales. Proponen una inmersión profunda que posibilita identificar esquemas de significado, para construir progresivamente los temas, siendo coherente con mi posicionamiento crítico feminista. Seguí las fases recomendadas por las autoras para este análisis (familiarización, generación de códigos, generación de temas, desarrollo y revisión de temas, refinando y nombrando temas), lo que me permitió desarrollar un tema que da cuenta de las diversas dimensiones que convergen en la violencia ginecológica y su relación con los imaginarios sociales que sobre nuestros cuerpos construyen desde dicha disciplina y qué sentidos le atribuyen las mujeres que participaron en el estudio. Así comencé a generar códigos respecto a la imagen y el cuerpo representado que se interceptan con la vivencia corporal en la consulta; un cuerpo reproductivo, un cuerpo-cosa, objetualización, despersonalización. Desde allí la vinculación que otorgué con el imaginario fue a partir de la relación que se repetía de patologización/medicalización. Los cinco grupos de discusión fueron transcritos por mí, permitiéndome la inmersión y lectura profunda de la información y comenzar una precodificación. Este aspecto me parece relevante, ya que suele tercerizarse y con ello se pierde parte de la familiarización de la que hablan las autoras.

## Aspectos éticos

Este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Valparaíso, Chile. En cada encuentro expliqué a las colaboradoras los objetivos del estudio, les hice entrega de un consentimiento informado que leímos juntas, cuya copia guardaron para ellas mismas. En todo momento se siguieron los lineamientos éticos recomendados por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID).

## Resultados

El análisis temático de la información me permitió construir tres temas que dan cuenta de las posibles relaciones entre los tratos recibidos en la consulta (las prácticas) y los imaginarios que emanan de la disciplina, y de cómo estos son percibidos y vivenciados por quienes colaboraron en los grupos de discusión. El primer tema corresponde a cómo nos ven en tanto cuerpos físicos sexo/generizados, referido al cuerpo material que se ausculta en la consulta, tema que denominé *experiencias de fragmentación del cuerpo*. El segundo tema lo titulé *operaciones de control: patologización y medicalización*, y consiste en la dinámica de control de nuestros cuerpos a partir de la creciente medicalización que nos vuelve dependientes y nos oprime a través de la patologización de los procesos y su posterior medicalización. Junto con estos dos temas incluyo un tercero que he definido como *emociones encarnadas y memoria corporal*. Si bien no estaba entre mis objetivos y preguntas iniciales el considerar las emociones, estas aparecieron con



mucha fuerza en los grupos de discusión, por lo que quise hacerme cargo de este contenido recurrente y que además corresponde en su expresión al ámbito del cuerpo.

En adelante, cuando me refiera a las mujeres que colaboraron en los grupos de discusión las nombraré como “ellas” al ser sus voces las que están allí, mientras que cuando hablo de las mujeres como colectivo dentro de la sociedad, escribiré “nosotras” al considerarme parte de ese grupo.

## Experiencias de fragmentación y objetivación del cuerpo

La mirada ginecológica nos constituye en la consulta como un cuerpo sexo/generizado, lo que tiene unas características bien definidas; fragmentado y homogéneo, objetualizado y con una función específica: la reproducción. La *fragmentación* alude al cuerpo visto por trozos, dividido en segmentos tanto internos como externos:

Es simplemente una cosa, porque te fragmenta totalmente. Cuando te vas a hacer la mamografía, te toman la pechuga como que fuera cualquier cosa. (Rocío, 45 años, Santiago)

La experiencia de fragmentación del cuerpo se vivencia con mucha fuerza durante los diversos exámenes (mamografía, ecografía transvaginal, PAP y uso intrusivo del espéculo), así como por la posición en la camilla ginecológica. Esta posición que expresan vivir con mucha tensión y ansiedad, refuerza la fragmentación por el hecho de exponer los genitales a la mirada de otros/as en una posición donde no hay control del cuerpo propio. Muchas veces, esta exposición se da como parte de la espera para la realización de un procedimiento ante la mirada de múltiples personas, lo cual puede ser una experiencia muy estresante, humillante e incluso traumatizante para una persona, más aún si es joven.

Me operaron por exceso de piel en un labio, y chica, estoy hablando que tenía 13 años. Me pusieron en esta cama donde te abren las piernas, pasaban los médicos, las enfermeras y yo así abierta de piernas estuve media hora antes de la operación, la gente mirando. Yo adolescente, imagínate el trauma. (Pía, 26 años, Puerto Natales).

La *objetivación* corresponde a la concentración en una zona corporal específica, sus órganos y las funciones que se les atribuye a ellos, y desde allí se posibilita su intervención. Abundan las menciones a ser vista como un órgano, una cosa, algo, un recipiente.

No se relacionan conmigo se relacionan con mi vagina (Ana, 58 años, Valparaíso). Ven el útero, la vagina, no ven la persona. En partes. Ponen la sábana y listo, la otra parte. Esta cara, tu nombre no me importa. (Lila, 32 años, inmigrante francesa, Puerto Natales)

La función reconocida u otorgada por la disciplina ginecológica, y a través de la cual interviene nuestros cuerpos, es la de la reproducción.

Yo creo que nos interpretan casi como un recipiente, tiene que parir en algún momento, va a ser mamá, le va a nacer el instinto. (Paula, 29 años, Puerto Natales)

Un cuerpo dividido. Somos solamente la parte reproductiva cuando estamos con un obstetra o ginecólogo. Ellos ven eso (Nora, 73 años, Santiago)

Por otra parte, cuando la función reproductiva ya se ha “cumplido”, no sería necesario conservar uno de los órganos que la posibilitan ya que podría “estorbar”. Esta crudeza de la ginecología con nuestros cuerpos también se refleja en el modo en que la colaboradora describe la escena.

Me encontró un mioma, me metió un tubo para dentro, me revisó y me dijo al tiro que me tenía que sacar todo. - ¿Quiere más hijos? - No, tengo dos-. Ya tiene dos, para qué quiere más ¡para qué quiere eso si le estorba! (...) así y yo ah. (Luz, 58 años, Valparaíso)

El imaginario de la ginecología que fragmenta y objetualiza el cuerpo de las mujeres para su intervención, conlleva la despersonalización y homogeneización, dada la imposibilidad de mirar a la persona como un ser completo, con nombres, emociones y pensamiento autónomo.

Yo creo que igual nos ven como una cosa, o sea, como otra cosa más, la 4, la 5, la 6, después la 25, después la... (Aurora, 37 años, Puerto Natales).

Al ser todas vistas homogéneamente como “cosas iguales”, la diversidad podría volverse problemática, reflexionan:

Y todas son diferentes y ¿si este loco (sic) ha estudiado solo con esa [imagen] y tu paciente es distinta? chita ¡qué hago con esto! (Rita, 27 años, Puerto Natales)

Esta visión refuerza la idea de que no es necesario ser sujeto en la consulta, sino más bien objeto pasivo de intervención.

## Operaciones de control: patologización y medicalización

La patologización y medicalización constituyen una constante en la relación histórica que ha establecido la ginecología con los cuerpos de las mujeres. La patologización se encuentra arraigada en la idea del cuerpo femenino como intrínsecamente defectuoso al ser distinto al masculino, cuerpo que es la norma y base de la medicina.

La mujer siempre fue el otro que era diferente al hombre, entonces no era perfecto. (...) Imagínate la mujer menstruaba, los hombres no menstrúan. Todo eso hizo que la mujer fuera un ser arrinconado como el otro por la cultura machista. (Nora, 73 años, Santiago)

Dicha imperfección se vislumbra en el imaginario y en el uso de las palabras para referirnos a nuestros procesos fisiológicos de forma patologizada, lo que trae consecuencias en la autopercepción de nuestros cuerpos que muchas están intentando modificar.

Es el imaginario que se impone, porque está construido hace tanto tiempo que nosotras no nos damos cuenta. Eso de estar enferma, yo hasta el día de hoy digo que estoy enferma. [Ahora] digo estoy menstruando, estoy tratando de cambiar un poco el concepto. (Laura, 47 años, Santiago)

Este mismo imaginario impone formas negativas de comportamiento que serían “propios” de dichos procesos, los que muchas veces son asumidos sin cuestionamiento. Una de las colaboradoras reflexiona:

Yo me pongo insoportable o yo me pongo sensible. Eso es peor (...) cuando las mismas mujeres van asumiendo estas consecuencias naturales o aparentemente naturales del cuerpo. (Sonia, 48, Santiago)

La patologización es un mecanismo de control que sostiene la relación de poder sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas a través de la medicalización. Las cesáreas se han transformado en cirugías de rutina en Chile (y el mundo), considerada una nueva forma de parto que revela el grado de medicalización de dicho proceso. Muchas de las colaboradoras de los diversos grupos contaron sus cesáreas, algunas programadas, otras de emergencia e incluso obligatorias. En la experiencia de una de las colaboradoras de Puerto Natales, su cuerpo fue visto como imposibilitado de parir por vía vaginal. El equipo tratante pensaba que su bebe sería muy grande debido a la talla de su pareja (varón). Así fue como se dictaminó que su parto sería por cesárea “obligatoria”, siendo estigmatizada por las matronas como “la mamá que no puede tener la guagua por parto normal”.

Reclamé hasta el directorio, me fue pésimo igual. Mi cesárea estaba programada para el lunes, rompí bolsa la madrugada del domingo. Cuando llegué a internarme se pasó la bola entre las matronas, me decían: tú eres la mamá que no puede tener la guagua por normal” y yo: “sí, yo soy”. Después, pasaba la matrona del otro turno y “tú eres la mamá (...) lo siento, igual eres la única que reclama por tenerlo normal”. Y yo así: “ah, ok”. Eso ya fue feo. Nació la guagua, que es un bello momento, la alegría de conocernos y que te digan: “la guagua era para normal” (...) que te metan que no puedes, que no puedes y que no puedes. Te ahogas en un vaso de agua porque finalmente yo estaba así, lloraba, lloraba, mis últimos dos días [de gestación] en vez de estar feliz... (Emma, 35 años, Puerto Natales)

Un aspecto de la patologización que ha tomado especial relevancia en los últimos años es el prejuicio sobre los cuerpos que no cumplen las normas estéticas consideradas propias de lo femenino. En este caso la gordura, junto a otros supuestos factores de riesgo, se transforma en un problema que impediría gestar.

Me decía: ‘mira como tú eres gorda, te va a costar primero estar embarazada; ovarios poliquísticos te va a costar embarazar’ (...) y yo: bueno, así como ya, bueno será. (Rita, Puerto Natales, 27 años)

A otra de las colaboradoras le dijeron que por ser delgada le costaría menos gestar:

Como tú eres flaca, no te va a costar nada, tranqui si fueras gorda, si fueras como tal, tal, tal... (Sara, 29 años, Puerto Natales).

Muchas de las mujeres que colaboraron en los grupos de discusión, están conscientes del proceso de patologización y medicalización que se vive tanto dentro de las consultas ginecológicas como de los centros de asistencia del parto. Es por ello que buscan estrategias para “huir” y protegerse de ellas. Comparte una colaboradora:

Yo quería tenerla en mi casa. Me puse a averiguar para tenerla con alguna Doula, pero no encontré. Así que empecé a ir a una clínica para tener un respaldo por si necesitaba asistencia médica. Y el día del parto estuve casi 24 horas con contracciones (...). Ya no me podía aguantar más el dolor, ahí recién me fui a la clínica, pasaron 20 minutos, tuve a mi guagua y ya me quería puro ir. Lo que yo no quería era que llegara allá y me empezaran a urgir: que, si la guagua no nacía nunca, que me pusieran oxitocina, que me pusieran la epidural, por urgimiento del médico que tenía que llegar a cierta hora o terminar a cierta hora, o de la matrona, que según ella mi cuerpo no estaba funcionando como ella quería. Yo no quería eso. No, yo me arranqué, me arranqué, me arranqué. Tuve mi guagua ahí, me la pasaron y yo apenas pude me fui. (Tania, 37 años, Antofagasta)

Una vez se ha convertido un proceso, como la menstruación o la menopausia, en una patología, en un conjunto de síntomas (cambios de humor, bochornos, sequedad vaginal, entre otros) que constituyen un síndrome, se instala en su lugar el miedo a padecer el cuerpo y a través de ello la medicalización de dicho proceso. Muchas colaboradoras plantearon la necesidad de buscar alternativas y no reproducir la lógica del miedo de la que también es parte la patologización/medicalización de nuestros cuerpos, pero también otras compartieron que pensaban que debían tomar algo, en particular en relación con la menopausia.

Es una cosa normal tener un hijo, que te llegue la menopausia, que te quieras tratar, que tengas problemas menstruales, qué se yo, pero son cosas naturales... ‘no, es que tienes ovarios poliquísticos y tienes que tomar sí o sí pastillas’. No hay otra forma de tratarte la regla en distintos momentos, te llegue más, te llegue menos. Siento que al final es infundirte el miedo para tratar, casi como negocio, el cuerpo de la mujer, un objeto, como decía, un número. (Paula, 29 años, Puerto Natales)

Yo tomaba estas famosas píldoras para acallar mi cuerpo, para dejarlo callado, porque ¿cómo iba a trabajar a los 49 o 50 años y que todo el mundo se enterara de que yo estaba con la menopausia si era súper joven y me veía joven? Y esa cuestión del mandato de la eterna juventud, que tiene que ver con el estado del cuerpo, la estética del cuerpo y toda esa huevía (sic). (Mabel, Antofagasta, 64 años)

Con respecto al tema de la menopausia, yo estaba convencida de que cuando no me llegara la regla tenía que empezar a tomar pastillas. (Luz, 58 años, Valparaíso)

En el caso particular de la menopausia, al ser vista como una carencia de producción de hormonas, viene aparejada con la devaluación de las mujeres al envejecer. Así, la medicalización de la menopausia también tiene como justificación el mantenimiento de un aspecto joven, que es parte de los mandatos de la feminidad.

Le pregunté a propósito de la menopausia ‘bueno, no, mira eso lo vamos a ver después en otra sesión completa porque, una cosa así, porque claro, tú, tú te ves bien joven, entonces eres una candidata’... (Sonia, 48 años, Santiago)

El ginecólogo que la atendió se refería a que ella era candidata a seguir la terapia de reemplazo hormonal porque se veía joven y así podría mantenerse por un tiempo más “viéndose joven”. El profesional definía la terapia proyectando un mandato social de la feminidad sobre su consultante. Otra colaboradora contó que cuando acudió a la consulta ginecológica le anunciaron el comienzo del climaterio como una mala noticia, ofreciéndole una imagen que redundaba en la ruina, donde destacaron la concepción negativa que tienen de esta etapa como disciplina. Sin embargo, es muy importante señalar que para esta colaboradora la menopausia tiene un sentido positivo, incluso liberador, por lo que no se dejó avasallar

El discurso que te dan cuando te dicen-no, usted ya entró al climaterio. (...). -y yo contenta porque no voy a menstruar (risas) todo así, entiendes. Pero cuando te lo dicen es como que te están dando una mala noticia y la verdad que estaba fascinada porque no voy a menstruar más... “ya no vas a tener la misma lubricación”-bueno me compraré vaselina- (risas) mientras el tipo hablaba y la tipa hablaba yo iba dando opciones. (Julia, 57 años, Puerto Natales)

Parte de la reflexión sobre los efectos que tiene la dinámica de patologización/medicalización es que hace que experimenten sus cuerpos de forma traumática, ajenas a ellos. La ginecología tiene un ideal normativo que ninguna persona encarna a cabalidad. Estas reflexiones se dieron al compartir experiencias de exámenes violentos, donde se cuestionó una y otra vez el saber sobre el cuerpo propio, llenos de malos tratos, amenazas, críticas sobre la apariencia, cuyo resultado fue muchas veces terminar en la misma medicalización de la cual se quería escapar.

También es un mandato externo, tienes que menstruar, es una mezcla de cosas y aparte, tienes que adelgazar porque estás gorda y no te sirve ningún medicamento. Era una mezcla de cosas que te preguntas ¿qué es? ¿Tengo que cambiar mi cuerpo para ajustarme a esta medicina? Cuando debería ser una medicina que se adapte a mi cuerpo. Porque, así como yo, debe de haber miles de personas. (Nadia, 25 años, Antofagasta)  
Yo siento que lo que hace la medicina con el cuerpo de la mujer, por suerte ahora ha sido menos, es hacernos ajenas del cuerpo y no relacionarnos con nuestro cuerpo. (Laura, 47 años, Santiago)

## Emociones encarnadas y memoria corporal

La presentación de la imagen collage posibilitó realizar un ejercicio reflexivo conjunto al ver cómo nos miran y a partir de ello relacionar lo que sucede en nuestras atenciones. Expresaron que la imagen condensa los significados que están desplegados en los temas anteriormente presentados. Este ejercicio trajo consigo la apertura de las emociones, las que aquí denomino *emociones encarnadas*. Primero me centraré en ello, para después relacionarlo con las situaciones vividas en lo que he llamado *memoria corporal*.

Varias colaboradoras no quisieron al principio ver la imagen, incluso se taparon los ojos exteriorizando su malestar; otras se acercaron poco a poco y comentaron entre ellas para luego compartir entre todas. Estas *emociones encarnadas* fueron nombradas como angustia, incomodidad, soledad, rechazo, impotencia, dolor, brutalidad, e incluso horror, y estuvieron acompañadas de un lenguaje corporal de sufrimiento (encogerse, apretar las manos, cerrar los ojos, emitir sonidos). En sus propias palabras:

Me dolió la guata. (Mabel, 64 años, Antofagasta)

Dolor. (Violeta, 39 años, inmigrante peruana, Puerto Natales)

A mí inmediatamente me produjo angustia. (Flor, 45 años, Santiago)

Es peor cuando veo esa imagen o cuando tengo que ir al ginecólogo y me ponen el espéculo, es sufrir, y decirme todo el rato, relájate respira. (Rocío, 45 años, Santiago)

Es brutalidad para mí. Eso es lo que veo. (Sara, 29 años, inmigrante francesa, Puerto Natales)

Dolor de estómago, sentir frío, sufrir e intentar mantener el control remiten a situaciones de poco agrado y mucho estrés. La siguiente frase da cuenta del rechazo y el malestar emocional que puede llegar a generar la consulta ginecológica en personas que han padecido su violencia:

Palabras más que descripción, precisamente por el rechazo que me genera. Dolor, dolor recurrente. Sumisión absoluta y lucha interna atroz. (Iris, 29 años, Valparaíso)

Este primer momento de las *emociones encarnadas* frente a la imagen dio paso a la descripción de esta y lo que podría expresar; la posición de los cuerpos, los colores, los rostros, el conocimiento o no de lo que se mostraba, o los procedimientos que podrían estarse llevando a cabo. La estética de la imagen fue considerada fría, esquemática, los colores poco apropiados, e incluso fue considerada fea. Dicha reflexión relacionó estas con el modo de representar nuestros cuerpos y con la atención que recibimos, cómo este puede interpretarse, a qué responde. Impotencia por ser parte de la forma en que se enseña. Imágenes hechas por hombres para hombres, enseñando desde y para la comodidad del o la profesional, una imagen fría para un trato frío en la consulta:

Yo tuve con las imágenes, como que fueran un manual para hombres. No lo hizo ninguna mujer porque es súper fría, es un maniquí, no es una persona viva, así con los ojos cerrados, gris y verde. Lo veo y no quisiera ser ella. Me da susto (...) o sea ¿quién diseñó esa forma de atención? (Tania, 37 años, Antofagasta)

Y estudian con eso [imagen] como la cercanía para tratar con una mujer, al final esa es la imagen. (Paz, 35 años, Puerto Natales)

Eso que se muestra en los libros se está haciendo simplemente para la comodidad del médico. Es que se está enseñando desde la comodidad del médico, no de la paciente. (Abril, 27 años, Puerto Natales)

Todas estas expresiones no solo refieren a la imagen en sí misma, sino a la situación que esta evoca y de las que las colaboradoras han sido parte. Es por ello que muchas se proyectaron en la imagen collage. Principalmente mencionaron la posición de la camilla como incómoda, fría, que deja en posición vulnerable, situación en la que se puede llegar a perder la identidad. Planteo que son *emociones encarnadas* puesto que activan una *memoria corporal*. ¿Cómo es posible que una atención médica que se considera de cuidado rutinario, como parte de la atención primaria de la salud de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer, cause tanto malestar y aversión? Un término reiterativo en las conversaciones fue el de vulnerabilidad, por el reconocimiento de la fragilidad que propicia estar ante una situación amenazante en la que se puede sufrir daño.

Cuando veo esta imagen me da frío, que es lo que me pasa cuando voy a las consultas generalmente, aunque haya una estufa, calefacción o te pasen algo para cubrirte. Incluso aunque le pongan algo a la camilla, siempre hay un frío, que no sé... Lo relaciono con la vulnerabilidad... (Clara, 37 años, Valparaíso)

La imagen del centro es de mucha vulnerabilidad, porque es mucha la exposición de estar desnuda con las piernas abiertas, incluso frente a una pareja, frente a un médico que está uniformado (...) me imagino que al estar en esa exposición desnuda también se pierde la identidad. (Sol, 26 años, Santiago)

Esta *memoria corporal* hizo que las colaboradoras volvieran a recordar/sentir lo traumatizante que puede ser estar expuesta, desnuda, ante la mirada de desconocidas/os, que miran o que actúan sobre su cuerpo, y en muchos casos sin aviso ni consentimiento. La imagen de la camilla ginecológica cobró un significado de sometimiento y exposición, que habla de una imagen/situación con mucha carga emocional.

Encuentro que la imagen de la camilla es súper fuerte. Yo me hice un tratamiento en el hospital, tuve papiloma. Me hicieron un seguimiento como de dos años (...) Pero cuando me tenían que atender en la camilla de ahí [imagen] iban estudiantes de repente y el médico no me informaba. (Inés, 40 años, Antofagasta)

Dicha *memoria corporal* llevó a muchas de las colaboradoras que gestaron y parieron a volcar sus reflexiones sobre la vivencia del parir. Reconocer el parto en esas imágenes ya calificadas como frías y violentas, insistir en la posición de la camilla como un componente de la vulnerabilidad de la experiencia, les llevó a nombrar las emociones de angustia, soledad y dolor

como huellas de la experiencia común. Los tres relatos siguientes corresponden a mujeres mayores y en ellos sorprenden lo vívido de sus expresiones. Son precisamente esas expresiones que no tienen palabras definidas las que llenan de sentido emotivo los relatos.

A mí me provoca angustia... y a pesar de que hace muchos años que fui mamá, también me hace recordar que en esos momentos y en esa posición... no sé, sea antes o durante el parto, es un momento donde estás tan entregada y confiada de que lo que están haciendo es bueno para ti y tu guagua. (Pilar, 62 años, Santiago)

Nos instan todo el tiempo que tenemos que ser madres, pero ¿esto tenemos que pasar para ser madres? No es necesario pasar por esto para ser madres y, sin embargo, hay una cuestión tan... lo miro y volví a tener 22 años. (Mabel, 64 años, Antofagasta)

Soledad, el estar sola en esos minutos. No porque estés sola literalmente, está la enfermera, el médico, la anestesista y puede estar hasta tu pareja. Pero es como soledad en el sentido de que ummm...de que así es no más, lo que me pasa me lo guardo ¿por qué? porque así ha sido siempre. (Ana, 58 años, Valparaíso)

La memoria corporal de violencia y dolor que suscitó el collage en torno a las atenciones ginecológicas fue vinculada con la violencia de Estado en Chile, ya sea la del año 2019 bajo la revuelta popular, y la de la dictadura cívico militar de 1973, planteándose una imagen pegada a la otra, como un continuo histórico social y político en el que la violencia pasa por los cuerpos de las mujeres. Así, para esta colaboradora, la imagen de la camilla ginecológica sería parte del imaginario del horror y la violencia. Comparto:

Y veo la imagen allí, y esa imagen también es como una imagen pegada con esta otra imagen. Las violencias ocurren en el cuerpo de las mujeres con tanta brutalidad desde la institucionalidad y además desde lo social, desde lo político, desde la representación... (Mabel, 64 años, Antofagasta)

## Conclusiones

Los temas que he propuesto están conectados y al momento de entrar en la consulta ginecológica o al paritorio no son separables de la experiencia que vivimos. La despersonalización y la objetualización producto de la fragmentación niega nuestra autonomía y la posición de sujeto. Las operaciones de patologización y medicalización ejercen control y violencia sobre nuestros cuerpos, volviéndolos extraños para nosotras mismas. Ansiedad, vulnerabilidad, soledad, rechazo, impotencia, dolor e incluso horror, fueron todas emociones que afloraron al reflexionar juntas en torno a la imagen collage que presenté en cada grupo de discusión. Es por ello que el último tema propuesto, *emociones encarnadas y memoria corporal*, señala justamente la imposibilidad de separar la experiencia vivida en las atenciones ginecológicas de este imaginario, ante la exigencia de hacer la desconexión del cuerpo y la persona que somos.

Las emociones encarnadas han cobrado forma en los grupos de discusión en torno a una imagen que se reconoce como una experiencia compartida y que da sentido a los tratos recibidos



en la consulta. Estos producen efectos físicos concretos (sensación de frío y vulnerabilidad, no querer mirar, dolor de estómago) que hablan de una memoria corporal que se despierta en torno a esa situación de consulta, pero que también permite conectar con otras situaciones de violencia (por ejemplo, violencia política sexual). Si bien decir emociones encarnadas podría resultar redundante, en una sociedad que fragmenta el cuerpo y la experiencia y que privilegia la mente por sobre el cuerpo, se vuelve importante recalcarlo. Nuestra experiencia en la consulta es física, corporal, y se nos exige escindirnos para poder, de algún modo, controlar ese malestar y racionalizarlo en el entendido que esta revisión de rutina, tratamiento, o intervención, es por nuestro propio bien.

Se ha definido la emoción como “una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de y recorriendo el cuerpo, y que, durante el transcurso de su vivencia sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada-la realidad de un mundo constituido por la experiencia emocional” (Denzin 2009, p. 66, citado en Bericat, 2012). Planteo que estas emociones encarnadas al estar incrustadas en las personas que han vivenciado violencia obstétrica nos dan cuenta de una memoria corporal que aflora intensamente, a pesar del mucho tiempo que haya pasado, tal como pudimos ver en los relatos vividos de experiencias de parto o de procedimientos quirúrgicos. Lo anterior revela el profundo impacto y huella que la violencia ginecológica y obstétrica puede dejar en quienes la experimentan, condicionando las futuras emociones frente a posibles nuevas atenciones.

La memoria corporal brotó en cada grupo de discusión generando una suerte de catarsis colectiva, donde las emociones negativas de las experiencias de violencia vividas en silencio y soledad pudieron abrirse un espacio común nunca antes dado, permitiendo en lo colectivo, configurar memorias corporales que nos posibilitaron reflexionar con mayor profundidad en las dimensiones que la violencia ginecológica tiene en nuestras vidas. También posibilitó vislumbrar en la atención ginecológica y obstétrica parte del continuo de violencia que vivimos las mujeres en la sociedad, lo cual fue expresado de modo muy elocuente al señalar que la imagen de la camilla ginecológica es una imagen pegada con otras, con otras imágenes de violencia que conocemos, y que esta violencia se dirige al cuerpo.

Mediante la patologización y la medicalización de nuestros cuerpos, la disciplina ginecológica y obstétrica también se los ha apropiado, siendo su terreno de intervención y competencia, haciendo acallar nuestras voces y emociones con relación a nuestra propia salud y bienestar. Así “convierte la existencia en una serie de periodos de riesgo, cada uno de los cuales requiere un tutelaje especial” (Illich, 2015, p. 596), como ha sucedido con la menstruación, la gestación, parto y nacimiento y la menopausia. En este sentido, una de las consecuencias que ha producido el control del cuerpo de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer, ha sido un profundo desconocimiento, desconexión y descualificación para la atención de nuestra propia salud. La necesidad de recuperar el cuerpo, ser protagonistas de nuestra salud y despatologizar nuestros procesos para vivirlos desde el goce y el placer, también fue planteado y debatido en los grupos de discusión como una forma de romper con las relaciones de poder y autoridad entre médico y paciente, establecidas desde la ginecología y obstetricia. Vivenciar el cuerpo propio desde un lugar positivo, compartiendo las experiencias y los saberes que cada una encarna en círculos de mujeres, por ejemplo, o retomar los conocimientos que brindan las hierbas y la denominada ginecología natural, fueron todas cuestiones planteadas por las colaboradoras para recuperar nuestra autonomía en salud.

El imaginario ginecológico de las mujeres como defectuosas y susceptibles de reparación ha sido y es un componente fundamental de la violencia ginecológica y obstétrica, que se sostiene en la dinámica de patologización y medicalización de nuestros procesos fisiológicos, a través de la cual la ginecología fundamenta su práctica. El concepto de riesgo legitima la necesidad de atención e intervención médica y juega un papel fundamental en la patologización y medicalización del parto y los demás procesos fisiológicos (menstruación, menopausia). Abundan las indicaciones de riesgo para las gestantes, ya sea por ser gordas o primerizas, por el tamaño de las parejas o las caderas (lo que prefigura una cesárea obligatoria), tal como en la situación compartida en Puerto Natales, cuando en realidad no era necesario ni se basaba más que en las creencias del personal de salud de que ella no podría parir de forma vaginal. Muchas intervenciones y tratamientos rutinarios en el ámbito clínico, terapia hormonal sustitutiva para la menopausia, cirugías genitales, entre otros, se han llegado a considerar por parte de un sector crítico de la medicina como “encarnizamiento médico con las mujeres” (Gérvás y Pérez Fernández, 2016), ya que más que beneficios han producido sobreintervención y daño.

Para terminar con la violencia ginecológica es muy relevante cuestionar este imaginario profundamente arraigado, cambiar el paradigma de patologización y medicalización que nos ubica como enfermas y necesitadas de reparación. Una gran cantidad de los psicofármacos que se prescriben a las mujeres son para tratar procesos vitales como la menstruación, la menopausia, la maternidad (del Río, 2022), lo que redundaría en reduccionismo etiológico (Valls-Llobet, 2017). Los profesionales de salud mental suelen equiparar depresión con déficit hormonal. La construcción que la ginecología ha hecho de nuestros cuerpos permite esa medicalización de nuestro malestar, que podría tener su origen más bien en la imposición del rol de género y la carga de trabajo que conlleva (la doble jornada) más que en nuestra anatomía. Esta tradición histórica que “caracteriza a las mujeres como depresivas, enfermizas, frágiles y peligrosas” (del Río, 2022, p.59), impone las hormonas como “nexo material” entre cerebro y útero, y habilitó, para hablar con propiedad científica, de psicología en la consulta ginecológica (Ehrenreich y English, 2010). De allí que siguen siendo hoy día invocadas para justificar la idea del carácter cambiante y errático de las mujeres, y contribuyendo a mantener el imaginario patológico bajo el pretexto de rigurosidad científica. Emily Martin (1991) ha planteado que las imágenes negativas sobre nuestros cuerpos y su funcionamiento tiene un impacto en la autoestima y en la imagen que las mujeres tenemos de nosotras mismas (nos hacen pensar que hay algo mal en nuestro cuerpo), lo cual evidentemente se presentó en los grupos de discusión en forma de emociones encarnadas y memoria corporal.

## Bibliografía

- Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*, 2, 1–10.
- Araya Ibacache, C. (2006). La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado: Chile en el siglo XIX. *Historia (Santiago)*, 39(1), 05-22.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Arruda, A. (2020). Imaginario social, imagen y representación social. *Cultura y Representaciones Sociales*. 29, 37-62.
- Baczko, B. (1999). *Los imaginarios Sociales. Memorias y Esperanzas Colectivas*. Ediciones Nueva Visión.
- Baeza, M. A. (2007). Imaginarios sociales dominantes de un otro inferiorizado: el caso del indígena en Chile. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.
- Banks, M. (2010). *Los datos visuales en la investigación cualitativa*. Morata
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Morata.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- \_\_\_\_\_. (2021). *Thematic Analysis. A Practical Guide*. SAGE.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/ UNESCO*, 1(7). Recuperado el 14 de abril de 2017 de [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Ar](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Ar)
- Bellón, Silvia. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111. Recuperado el 5 de abril de 2017 de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
- Berek, J. S. y Novak, E. (2019). *Ginecología*. 16ª Edición. Lippincott Williams & Wilkins.
- Bericat, E. (2012). Emociones. *Sociopedia.isa*. <https://doi.org/10.1177/205684601261>.
- Cárdenas, M., Salinero, S. y García, 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.

- Cárdenas Castro, M., y Salinero Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 46(24).  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- \_\_\_\_\_. (2023) The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile. *Sexual & Reproductive Healthcare*, (37).  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891>
- Castoriadis, C. (2010). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
- Clarke, J.N. (1983). Sexism, feminism and medicalism: a decade review of literature on gender and illness. *Sociology of Health & Illness*, 5, 62-82. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340067>
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2019). Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *The Lancet*, 394, Issue 10204, 1159 – 1168.
- del Río-Pedraza, C. (2022). La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 55-73.  
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>
- Didi-Huberman, G. (2007). *La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Cátedra.
- Ehrenreich, B. & English, D. (2010). *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres*. Capitán Swing.
- Esteban, M. L. (1996). Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. *KOBIE*, VII.
- Fajula, S. (2012). Las ilustraciones del cuerpo femenino en Tratado de ginecología de Miquel A. Fargas Roca (1910). *Dynamis*, 33(1), 139-168.
- Fernández Tijero, C., Coca, J.R. y Pérez Sedeño, E. (2016). El imaginario social de la mujer venenosa: ciencia, metáfora y hermenéutica. *Investigaciones Feministas*, 7(2), 293-311.
- García Dauder, S. y Pérez Sedeño, E. (2017). *Las “mentiras” científicas sobre las mujeres*. Catarata.
- García, E.M. (2021). *Partos arrebatados. La violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina*. Menades Editorial.
- Gérvás, J. y Pérez-Fernández, M. (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres. 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas*. Los libros del Lince.
- Harding, S. (2021). *Ciencia y feminismo*. Morata.
- Hubbard, R. (1995). *Profitable Promises. Essays on Women, Science and Health*. Common Courage Press.
- Hustvedt, A. (2011). *Medical Muses: Hysteria in Nineteenth-Century Paris*. Norton.
- Illich, I. (2015). *Némesis Médica*. En: Obras reunidas I. Fondo de Cultura Económica.
- Kaiser, B. L., & Kaiser, I. H. (1974). The challenge of the women’s movement to American gynecology. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120(5), 652–665.  
[doi:10.1016/0002-9378\(74\)90609-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(74)90609-7)

- Kamberelis, G. y Dimitriadis, G. (2015). Grupos focales. En: N. Denzin y Y. Lincoln, *Métodos de recolección y análisis de datos* (494-532). Gedisa.
- Kitzinger, Sh. (2006). *La crisis del Parto*. OB STARE
- Lattus O., J., Mosella Vial, F., & Mizraji Águila, R. (2012). *Embarazo, parto y puerperio* / (2a. ed.). Universidad de Chile, Facultad de Medicina.
- Lorde, A. (2019). *Los diarios del Cáncer*. Ginecosofía.
- \_\_\_\_\_. (1984). The Transformation of Silence into Language and Action. In: *Sister Outsiders: Essays and Speeches* (40-44). Crossing Press.
- Madriz, E. (2001). *A las niñas buenas no les pasa nada malo*. Siglo XXI México.
- Maffesoli, M. (2003). El imaginario social. *Revista Anthropos*, 198, 149-153.
- Martin, E. (2001). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press.
- Martin, E. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. *Signs*, 16(3), 485-501.
- Pérez Sánchez, A. (2011). *Obstetricia*. 4ª Edición. Mediterráneo.
- \_\_\_\_\_. (2014). *Ginecología*. 4ª Edición. Mediterráneo.
- Pérez Sedeño, E. y Ortega Arjonilla, E. (2014). *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y de la tecnología*. Cátedra.
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y Modernidad/Racionalidad. *Perú Indig*, 13 (29), 11-20.
- Strömquist, L. (2018). *El Fruto Prohibido*. Reservoir Books.
- Tovar, P. (2006). “De historias, histerias e histerectomías: la construcción de los discursos médicos y los imaginarios sobre la reproducción femenina”. En: M. Viveros Vigoya (Ed.). *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia* (35-61). Tercer Mundo, CLAM, Universidad Nacional de Colombia - Centro de Estudios Sociales.
- Trebisacce, C. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta Moebio*, 57, 285-295.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, Salud y poder*. Ediciones Cátedra.
- \_\_\_\_\_. (2017). *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud*. Capitán Swing.
- Young, K., Fisher, J., & Kirkman, M. (2019). “Do mad people get endo or does endo make you mad?”: Clinicians’ discursive constructions of Medicine and women with endometriosis. *Feminism & Psychology*, 29(3), 337–356. <https://doi.org/10.1177/0959353518815704>