



Trabajo final de grado

Proyecto de investigación

**Violencia ginecológica en Uruguay: consecuencias en la
salud mental y las trayectorias sexoafectivas de las
mujeres**

Octubre 2025

Estudiante: Ana Belén Acosta Fernández

Tutora: Profa. Alejandra López Gómez

Revisora: Profa. Adj. Carolina Farías

Facultad de Psicología

Universidad de la Repùblica

Resumen

La violencia ginecológica constituye una forma de violencia basada en género que afecta de manera directa la salud física, emocional y sexual de las mujeres, y que continúa siendo una práctica naturalizada dentro de los servicios de salud. En Uruguay, se cuenta con un marco regulatorio que establece distintas formas de violencia, entre las que se incluye la violencia obstétrica. Sin embargo, la violencia ginecológica no ha recibido reconocimiento formal ni ha sido estudiada en profundidad, impidiendo así la obtención de datos acerca de los efectos que esta provoca en las mujeres usuarias de los sistemas de salud en nuestro país.

El proyecto tiene como objetivo general identificar y analizar las experiencias de violencia ginecológica que han vivenciado las mujeres en las consultas ginecológicas de los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. Para ello, la estrategia metodológica se basa en entrevistas semiestructuradas en profundidad a mujeres uruguayas de entre 20 y 45 años que hayan atravesado experiencias de violencia ginecológica. Seleccionando una muestra intencional y garantizando en todo momento la confidencialidad, el anonimato y el consentimiento informado de las participantes.

Palabras clave: violencia ginecológica; salud sexual; Uruguay.

Abstract

Gynecological violence is a form of gender-based violence that directly affects women's physical, emotional, and sexual health, and continues to be a normalised practice within health services. In Uruguay, there is a regulatory framework that establishes different forms of violence, including obstetric violence. However, gynaecological violence has not been formally recognised or studied in depth, thus preventing the collection of data on its effects on women who use the health systems in our country.

The overall objective of the project is to identify and analyse the experiences of gynaecological violence experienced by women during gynaecological consultations in the services of the National Integrated Health System in Uruguay. To this end, the methodological strategy is based on in-depth semi-structured interviews with Uruguayan women between the ages of 20 and 45 who have experienced gynaecological violence. An intentional sample will be selected, and confidentiality, anonymity and informed consent of the participants will be guaranteed at all times.

Keywords: gynaecological violence; sexual health; Uruguay.

Introducción

Este proyecto de investigación busca conocer un fenómeno escasamente estudiado en Uruguay como es la violencia ginecológica, que pueden experimentar las adolescentes y mujeres adultas en las consultas ginecológicas. Se aborda la violencia ginecológica como una práctica sistemática que vulnera derechos fundamentales, afectando no solo el acceso a una atención sanitaria integral, sino también el bienestar emocional y subjetivo de quienes la experimentan. Tal como señala Salinero Rates (2023), estas prácticas pueden generar sufrimiento inmediato o prolongado, deteriorando la confianza en el sistema de salud y derivando en consecuencias psíquicas en las consultantes. Se busca indagar en los efectos que estas experiencias pueden tener en la salud mental, así como también en las trayectorias sexo-afectivas de las mujeres.

En Uruguay, la Violencia Basada en Género constituye un fenómeno de gran relevancia social, que ha motivado a la creación de políticas públicas para su abordaje y cuestionamiento. Luego del surgimiento e implementación de la Ley de Erradicación de Violencia Doméstica (Ley N.º 17.514) se consolidó la Ley de Violencia Basada en Género (Ley N.º 19.580), donde se reconocen distintas formas de violencia que afectan a las mujeres uruguayas.

En este contexto se menciona a la violencia obstétrica, la cual comenzó a ser expuesta en los últimos años como una de las manifestaciones de violencia hacia la mujer en el ámbito de la salud. Según datos del Observatorio de MYSU (2022), casi un 56% de las mujeres encuestadas expresó haber vivenciado situaciones de violencia obstétrica, y 3 de cada 10 afirmaron haberlas vivido en los últimos 5 años.

A su vez, se reveló que la influencia es mayor al momento del parto, y que en el puerperio las afectadas señalan especialmente el destrato y descuido. A pesar de que estos resultados revelan la persistencia de prácticas que vulneran derechos, también evidencian que este fenómeno ha sido poco explorado en el país. Pero es un hecho que este vacío de investigación abre el debate hacia una dimensión aún menos trabajada: la violencia ginecológica.

Aunque la violencia obstétrica y la violencia ginecológica comparten trasfondo como prácticas que vulneran derechos en el ámbito de la salud, se trata de fenómenos distintos. La violencia obstétrica se vincula específicamente al embarazo, parto y puerperio, mientras que la violencia ginecológica abarca cualquier instancia de atención ginecológica,

independientemente de procesos reproductivos. Esta distinción resulta clave para delimitar el enfoque de esta investigación, centrada exclusivamente en las experiencias ginecológicas.

A diferencia de la violencia obstétrica, la violencia ginecológica ha recibido escasa atención y reconocimiento como un fenómeno que impacta en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como también en su bienestar físico y emocional. Desde esta perspectiva surge el contexto de la presente investigación, que busca contribuir al análisis y la problematización de este tipo de violencia.

En este sentido, desde la Psicología de la Salud surgen aportes relevantes para cuestionar y comprender este tipo de problemáticas, señalando que es en la interacción social donde se construyen sentidos sobre la salud y la enfermedad. Donde, además, se aprenden prácticas y se expresan estados emocionales que median las formas en las que se afrontan tensiones y situaciones de vulneración (Morales Calatayud, 2015). Por lo cual, la violencia ginecológica no puede pensarse únicamente como hecho médico, sino como un fenómeno social que atraviesa la experiencia subjetiva y el bienestar integral de las mujeres.

La perspectiva de género resulta fundamental para comprender las experiencias de violencia ginecológica, brindando visibilidad a cómo las nociones o juicios profesionales sobre los cuerpos femeninos y masculinos, junto con las diferenciaciones que se asignan en el ámbito reproductivo, condicionan las decisiones médicas en torno a la anticoncepción, los embarazos, partos y abortos. (Erviti, 2010, p. 104). En este sentido, se vuelve necesario volcar la mirada en la desigualdad de género cuando se habla de violencias en el ámbito de la salud, ya que la misma, opera bajo distintas aristas, que terminan perjudicando a las mujeres en sus respectivas consultas, así como en el proceso de transitar un embarazo, aborto o puerperio.

Marco teórico

La violencia ginecológica es un fenómeno que se manifiesta en prácticas habituales dentro de la atención médica, reforzando la relación de desigualdad entre profesionales de la salud del sector ginecológico con sus pacientes, configurando así, una relación de poder no equitativa entre ambos, que ha sido naturalizado históricamente. (Cárdenas Castro & Salinero Rates, 2023, p. 54).

En el marco de las violencias específicas que experimentan las mujeres en los distintos servicios de salud, la violencia ginecológica y la obstétrica aparecen como dos expresiones interrelacionadas. La violencia obstétrica puede comprenderse como un conjunto de prácticas que refuerzan el maltrato hacia las mujeres embarazadas que incluyen humillación, intimidación, juicios o incluso daños físicos y psicológicos, en el marco de los servicios de salud, convirtiéndose en una problemática que atraviesa varias esferas sociales (Moreno Sánchez, 2023).

Por su parte, la violencia ginecológica hace referencia a prácticas médicas y sociales que vulneran el derecho de las mujeres a decidir libremente acerca de la funcionalidad sexual y reproductiva de sus cuerpos, impidiendo así que su salud sea plenamente garantizada.

Pese a que ambos fenómenos se insertan en un mismo entramado de desigualdades de género en el ámbito sanitario, la violencia ginecológica y la violencia obstétrica no son equivalentes. La primera refiere a prácticas médicas y simbólicas que ocurren en cualquier instancia de atención ginecológica y que vulneran la autonomía y dignidad de las mujeres, incluso fuera de procesos reproductivos (Oliveira Brandão & Martínez-Pérez, 2022). En cambio, la violencia obstétrica está relacionada a experiencias vinculadas al embarazo, parto, puerperio o aborto, reforzando desigualdades y maltratos específicos en los momentos reproductivos (Moreno Sánchez, 2023).

En este sentido, la violencia ginecológica constituye un fenómeno más amplio y transversal, mientras que la violencia obstétrica representa una manifestación particular dentro del campo reproductivo. Esta distinción resulta fundamental para delimitar el objeto de estudio de esta investigación.

Desde una perspectiva de género y derechos humanos, estos sucesos constan de mecanismos de disciplinamiento del cuerpo femenino en el marco de la atención en salud (Oliveira Brandão & Martínez-Pérez, 2022). En esta línea, la literatura señala que ambos fenómenos (ginecológico y obstétrico) forman parte de un mismo entramado de prácticas medicalizadoras que reproducen desigualdades históricas, aunque se expresen en momentos distintos del proceso de atención. En los estudios analizados, estas prácticas se manifiestan en controles rutinarios, procedimientos invasivos, juicios moralizantes y

decisiones médicas que desestiman la voz de las mujeres, ya sea en consultas generales o en contextos reproductivos.

Estas formas de violencia, naturalizadas en múltiples prácticas clínicas, dan evidencia de cómo el cuerpo de la mujer ha sido históricamente disciplinado y medicalizado, generando experiencias de atención sanitaria que lejos de incluir dinámicas que contemplen las particularidades de cada cuerpo, ignoran sus deseos y autonomía. Tal como proponen Oliveira & Brandão Martínez-Pérez (2022), se vuelve urgente el cuestionamiento acerca de los efectos que estas prácticas tienen en la salud mental, el bienestar emocional y la percepción de sí mismas por parte de las consultantes.

La comprensión de la violencia ginecológica exige situarla en el marco más amplio del campo de la salud, donde convergen dimensiones históricas, sociales, culturales, éticas y subjetivas. Desde la Psicología de la Salud, se reconoce que la salud y la enfermedad no pueden entenderse únicamente desde lo biológico, sino que se configuran en interacción con las condiciones sociales, culturales y relacionales que atraviesan la vida de las personas.

Como señala Morales Calatayud (1997), las definiciones de salud y enfermedad requieren una aproximación más compleja que reconozca la influencia del contexto, de los vínculos y de los determinantes sociales, superando las miradas reduccionistas centradas únicamente en el cuerpo o la enfermedad. Esta perspectiva se refuerza en sus trabajos posteriores, donde afirma que los sujetos construyen sentidos sobre la salud y la enfermedad a través de sus interacciones cotidianas, prácticas, hábitos y experiencias emocionales (Morales Calatayud, 2015).

En esta misma línea, las discusiones sobre el poder médico permiten comprender cómo la atención sanitaria no solo implica procedimientos técnicos, sino también juicios morales, decisiones profesionales y prácticas que reproducen determinadas formas de autoridad. Shraiber (2015) plantea que las intervenciones en salud combinan una acción técnica (propia del saber biomédico) con una acción moral, expresada en valores, creencias y criterios subjetivos que orientan el modo en que los y las profesionales interpretan los cuerpos y deciden sobre ellos. Esta doble dimensión de la práctica puede reforzar lógicas conservadoras respecto de los roles de género o, por el contrario, abrir espacios para perspectivas emancipatorias (Shraiber, 2015).

Dentro de estas dinámicas, el proceso de medicalización, entendido como la tendencia a explicar y regular aspectos sociales, emocionales o culturales mediante categorías biomédicas, se vuelve central para analizar cómo se producen formas de control sobre los cuerpos femeninos. Desde el enfoque crítico, se señala que la medicalización no implica ignorar lo social, sino integrarlo y reinterpretarlo bajo claves estrictamente orgánicas (Shraiber, 2015). Esto lleva a que comportamientos, motivaciones o vivencias subjetivas sean

traducidos como “problemas médicos”, legitimando prácticas profesionales que priorizan el tratamiento técnico por encima del cuidado integral.

En este sentido, la tradición del paradigma clínico individual-reduccionista ha consolidado una forma de entender la salud centrada en el “hombre yacente” (un cuerpo aislado de su entorno), donde el foco está puesto en la enfermedad más que en la persona (Morales Calatayud, 1997). Este fundamento biologicista, fortalecido por el avance tecnológico de los últimos años, continúa influyendo en muchos espacios de atención y limita la incorporación de perspectivas sociales, relaciones y subjetivas sobre el sufrimiento.

La dimensión de género aporta elementos fundamentales para comprender cómo estas prácticas afectan de manera diferenciada a las mujeres. Autoras como López y Carril (2015) señalan que “la incorporación del enfoque de derechos supone desandar un recorrido que ha colocado a las mujeres como objetos de la atención sanitaria (pacientes o usuarias) muy distantes de su reconocimiento como sujetas de derechos y ciudadanas con capacidades plenas” (López & Carril, 2015, p. 44).

La relación sanitaria se estructura a partir de una ecuación de saber-poder donde los profesionales ocupan una posición de autoridad, mientras que las mujeres suelen ser tratadas como objetos de la atención, más pacientes que sujetas de derecho. Esto se vincula históricamente con uno de los dispositivos de control social más eficaces: la intervención médica sobre el cuerpo femenino, especialmente a través del disciplinamiento de la sexualidad y la reproducción (López & Carril, 2015, p. 44; Barrán, 1990, 1992, 1995).

Asimismo, Erviti (2015) sostiene que una de las técnicas fundamentales del poder disciplinario es la sanción normalizadora, la cual establece los límites entre lo normal y lo anormal. La autora afirma que la medicina ha jugado un papel central en la construcción de la normalidad, participando activamente por medio de los procesos de medicalización de la vida cotidiana y del control social de los cuerpos y de las sexualidades (Erviti, 2015, p.103). Estos aportes dialogan con los desarrollos de Foucault (1977, 1983) y Canguilhem (2005), quienes exponen como estos procesos conllevan la estigmatización de determinadas prácticas sociales consideradas desviadas, especialmente en el ámbito sexual y reproductivo.

En este marco, la sanción normalizadora al distinguir entre lo “normal” y lo “desviado”, opera como técnica disciplinaria y contribuye a estigmatizar ciertas conductas, deseos o experiencias, afectando de manera particular a las mujeres, especialmente en ámbitos atravesados por fuertes mandatos morales sobre la sexualidad y la reproducción.

El enfoque de género en salud, desarrollado con fuerza desde la década de 1980, propone desmontar estos sesgos incorporados en políticas, programas y prácticas clínicas para subvertir el orden jerárquico que subordina a las mujeres. López y Carril, (2015) sostienen que:

Las políticas y servicios de salud están desafíados a incorporar y atender -con criterio de transversalidad e integralidad- las necesidades estratégicas de género que buscan subvertir el orden jerárquico que coloca a las mujeres en posición de subordinación y como sujetos tutelados (López & Carril, 2015, p. 34).

Este enfoque reconoce a las mujeres como sujetas sexuadas, históricas, políticas y con derechos, reclamando un modelo de atención que contemple las desigualdades estructurales de género, clase, edad, etnia o sexualidad y que reconozca su autonomía en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo (López & Carril, 2015; Burke & Eichler, 2007).

La articulación de estas perspectivas (Psicología de la Salud, poder médico, medicalización y género) permite comprender de manera más profunda cómo se producen y sostienen prácticas que reproducen desigualdades en los servicios ginecológicos. Las decisiones clínicas, los discursos profesionales, la interpretación biomédica de los cuerpos y la jerarquía médico-paciente se inscriben en relaciones sociales históricas que condicionan las vivencias de las mujeres en su contacto con el sistema de salud. Como señalan Morales Calatayud (2015), Shraiber (2015) y López & Carril (2015), los fenómenos de disciplinamiento, normalización y moralización en la atención sanitaria operan de manera entrelazada, moldeando no solo las intervenciones técnicas, sino también la experiencia subjetiva, emocional y relacional de quienes consultan.

Desde esta perspectiva, es posible situar la violencia ginecológica no como un hecho aislado ni como una simple falla en la práctica médica, sino como un fenómeno social complejo, sostenido en dinámicas históricas de poder, medicalización y desigualdad de género. Este enfoque teórico ofrece las bases necesarias para analizar cómo estas prácticas afectan la autonomía, la dignidad, la salud emocional y la vivencia corporal de las mujeres, habilitando una comprensión integral del problema que esta investigación busca abordar.

Antecedentes

Se define la violencia gineco-obstétrica como un problema social que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre su cuerpo, su función sexual y reproductiva, impidiendo que su salud sea plenamente garantizada (Oliveira Brandão & Martínez-Pérez, 2022, p. 1). Mientras que la violencia ginecológica suele expresarse en prácticas médicas rutinarias que perpetúan relaciones de poder desigual, la violencia obstétrica profundiza esta problemática en el embarazo, el parto, el puerperio o el aborto.

En lugar de promover una atención centrada en la persona, muchas veces se consolidan dinámicas que colocan a la mujer en un rol enfocado únicamente a la función reproductiva, restringiendo su autonomía en la toma de decisiones. Como sostiene Sadler et al. (2020), esta forma de violencia vulnera derechos básicos como la igualdad, la no discriminación, la información, la integridad, la salud y la autonomía reproductiva. Se trata de derechos reconocidos de manera universal, pero que en la práctica se ven cuestionados y limitados, tal como ocurrió durante la pandemia, que aumentaron de forma alarmante las violaciones al derecho a un nacimiento respetado (Oliveira Brandão & Martínez-Pérez, 2022). En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) advierte que en todo el mundo las mujeres son víctimas de tratos irrespetuosos y ofensivos durante el parto, vulnerando no solo su dignidad y sus derechos, sino también amenazando su vida, salud e integridad física.

Con el fin de definir el problema de investigación y conocer el estado actual de producción científica acerca de la violencia ginecológica, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos indexadas, publicadas desde el año 2020 hasta la actualidad. Se utilizaron palabras claves tales como: violencia ginecológica, violence gynecologist, violencia ginecológica and vida sexual, vaginismo, violencia obstétrica, violencia ginecológica OMS, en español, inglés y portugués. De esta búsqueda, se obtuvo un total de 33 publicaciones de las cuales se seleccionaron 14 por su pertinencia para este proyecto de investigación.

Como señalan Cárdenas Castro, Salinero Rates y García Núñez (2020), los instrumentos para medir la violencia ginecológica y violencia obstétrica aún son escasos y presentan limitaciones, ya que muchos de estos no se encuentran debidamente validados ni adaptados para distintos contextos. Los estudios realizados arrojaron que, pese a que algunas mujeres identifican experiencias de maltratos, comentarios humillantes o destrozo en el ámbito ginecológico, la producción científica no visibiliza esta problemática como se requiere.

La escasa visibilidad de esta problemática hace que sea aún más necesario estudiar qué se entiende por violencia ginecológica, así como sus efectos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres usuarias de los sistemas de salud, debido a que la misma forma parte de un fenómeno que trasciende el destrato superficial y está instalada en el ámbito clínico:

Comprende, además, aquellas acciones directas de violencia psicológica o física dirigidas al cuerpo de las mujeres (comentarios o acciones impertinentes con respecto al cuerpo, medicalización excesiva, uso de procedimientos intencionalmente dolorosos, etc.), incluida cualquier forma de abuso y violencia sexual (obligación de desvestirse sin relación con el motivo de consulta, tocar indebidamente el cuerpo o genitales, abuso sexual, violación, etc.). (Cárdenas Castro et al., 2023, p. 54).

En este sentido, la violencia ginecológica no se expresa únicamente a través de la imprudencia verbal, sino que se puede expresar en procedimientos médicos y conductas impropias que impactan directamente en la salud física, emocional y sexual de las mujeres. Diversos estudios señalan que las nociones profesionales sobre los cuerpos femeninos y masculinos, así como las asignaciones diferenciales en el ámbito de lo reproductivo, condicionan el actuar médico en torno a decisiones relacionadas con la anticoncepción, embarazos, partos y abortos en mujeres. (Erviti, 2010, p. 104). En muchas ocasiones, se recae en culpabilizar a las mujeres, responsabilizándolas por embarazos fuera de la norma social, abortos o dificultades en el parto, observándolas bajo la lupa moral acerca de sus experiencias reproductivas.

A su vez, las interacciones que se establecen entre médicos y mujeres están condicionadas por cuestiones de género, clase social, etnia, edad, estado civil y/o situación socioeconómica, influyendo en los juicios morales realizados durante los procesos de atención. Estas dinámicas evidencian que las respuestas médicas están sostenidas por un orden social de género que asigna lo reproductivo como responsabilidad femenina, perpetuando desigualdades históricas en el ámbito sanitario. Es por eso que la presencia de discursos y prácticas presentadas como profesionales y neutras, responden a valoraciones sociales que son profesionalizadas y legitimadas, contribuyendo el sostén de un orden hegemónico de poder y desigualdad de género. (Erviti, 2010, p. 119).

A partir del año 2014, en Francia, el concepto de maltrato ginecológico empezó a tener visibilidad en las redes sociales, cuando numerosas mujeres en Twitter comenzaron a compartir sus experiencias bajo el hashtag #PayeTonUtérus, donde relatan diversos obstáculos en el acceso a la atención para personas con útero, tocamientos vaginales sin

consentimiento a pacientes dormidas en quirófano, así como también, testimonios de mujeres que se perciben traumatizadas por la experiencia durante la consulta ginecológica. La discusión sobre maltratos médicos se reavivó con la publicación de libros especializados, revelando que la violencia ginecológica no solo es un problema médico, sino también social y mediático, que ha generado debate sobre la necesidad de analizar en profundidad y cuestionar los factores implicados en estas prácticas. (Marsilly, A. & Mauri, M., 2018, p. 14).

En México, se han registrado más de 120 quejas por malos tratos y negligencia en la atención gineco-obstétrica entre 2009 y 2012, aunque varios organismos de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social y La Secretaría de Salud no brindaron información completa sobre esta problemática. (Almonte García, 2016, p. 2). Este punto evidencia que la problemática no solo está presente en la consulta ginecológica cotidiana, sino que la respuesta (o no respuesta en este caso) por parte de las Instituciones de salud también juega un papel relevante en las denuncias realizadas.

La exposición de esta problemática en países como Francia y México muestra que la violencia ginecológica y obstétrica no se cierra a experiencias individuales, sino que forman parte de un entramado social y político que reproduce desigualdades que condicionan la respuesta institucional. Sin embargo, más allá de las denuncias concretas, resulta necesario comprender estas prácticas dentro de lineamientos históricos que orientaron a la medicina, como plantea Morales Calatayud (1997), la medicina clínica se ha desarrollado bajo un paradigma individual reduccionista, centrado en la enfermedad y en un cuerpo descontextualizado, concebido como mero reservorio de síntomas desde una perspectiva biologicista.

Este enfoque, reforzado por los avances tecnológicos, invisibiliza la dimensión social de los procesos salud-enfermedad, en contraste al enfoque social expansivo, que enfatiza en la necesidad de que la atención sanitaria sitúe a las personas en su contexto social y reconocer la responsabilidad del Estado en garantizar la salud de la población (Morales Calatayud, 1997, pp.31-32). En este contexto, se puede pensar la violencia ginecológica no solo como un problema clínico, sino también de un fenómeno social que refleja relaciones de poder históricas y estructuras de desigualdad.

Más allá de las negligencias médicas, el trato verbal del personal de salud (tanto verbal como simbólico) hacia las mujeres, ha reforzado la sensación de desprotección, perpetuando roles de género y naturalizando el dolor femenino, bajo expresiones como: “si antes disfrutaron del sexo, ahora les toca aguantarse” (Almonte García, 2016, p. 4). Este tipo de frases no sólo deslegitima el sufrimiento, sino que lo ubican como un requisito obligatorio en

la experiencia de ser mujer en la consulta ginecológica. En este sentido, la violencia ginecológica también se expresa al momento de invalidar la autonomía de las pacientes, mediante prácticas que desvalorizan su percepción de la experiencia y sus decisiones, imponiendo la autoridad médica por encima de la vivencia corporal (Almonte García, 2016, p.4). Estas prácticas de violencia ginecológica no afectan solamente en el contexto de la consulta, sino que pueden derivar en fobias médicas que evidencian la importancia de analizar la violencia en el cuidado de la salud sexual de las mujeres, por lo cual, resulta oportuno mencionar las posibles repercusiones que estas prácticas tendrían en ciertas disfunciones sexuales femeninas por dolor, como son la dispareunia y el vaginismo.

La dispareunia se define como dolor genital durante el acto sexual, mientras que el vaginismo se caracteriza por espasmos musculares en la pared vaginal que dificultan o imposibilitan el coito (Sánchez, Carreño, Ayala y Taracena, 2010, p. 438). Lejos de reducirse a una dimensión meramente fisiológica, estas condiciones se vinculan estrechamente con factores emocionales y relacionales, como la incapacidad de entregarse a la expresión erótica, el temor al fracaso, la doble moral familiar o la tendencia a la sumisión (Sánchez et al., 2010).

Estas prácticas de violencia ginecológica no afectan solamente en la consulta, sino que podrían llegar a derivar en fobias médicas y en dificultades vinculadas a la salud sexual, aunque en la actualidad no exista evidencia concluyente que permita afirmar una relación causal directa, sí pueden verse condicionados por experiencias de este tipo junto a factores emocionales y relacionales. Estos antecedentes refuerzan la necesidad de profundizar en el estudio de la violencia ginecológica como problemática que atraviesa no solo las prácticas clínicas, sino también la salud sexual, emocional y subjetiva de las mujeres, aspecto central del presente trabajo.

Problema y preguntas de investigación

La violencia ginecológica constituye un fenómeno internacionalmente reconocido que opera de manera directa en la experiencia de las mujeres en la atención de la salud sexual y reproductiva. Desde 2014, se han publicado estudios y reportes mediáticos en Francia que han visibilizado experiencias de malos tratos por parte de pacientes en consultas ginecológicas, en donde se incluyen intervenciones sin consentimiento y prácticas que generan malestar físico y emocional. (Marsilly, A. & Mauri, M., 2018, p. 14). Asimismo, han surgido investigaciones en Suecia, Venezuela, Estados Unidos y Suiza que revelan cómo las mujeres han enfrentado (y enfrentan) diversas formas de violencia en contextos clínicos, con predominancia de alrededor del 13% y el 28% en los países nórdicos, que manifiestan respuestas institucionales que varían según el marco legal y de social de cada país. Estas evidencias manifiestan que, más allá de la negligencia individual, existen prácticas estructurales y culturales que perpetúan la violencia contra las mujeres en los servicios de salud.

Pese a esta evidencia internacional, cabe destacar que en Uruguay se carece de estudios que den cuenta de las experiencias de violencia ginecológica, visibilizando la perspectiva de las mujeres usuarias del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), lo que sugiere la necesidad de investigar y generar conocimiento en profundidad acerca de esta problemática en el país. Esta falta de información y análisis de la problemática a tratar, limita la comprensión de cómo estas experiencias de violencia ginecológica pudiesen afectar en la autonomía, la salud sexual y reproductiva, el bienestar emocional y la salud mental de las mujeres, dificultando la implementación de estrategias que promuevan una atención más respetuosa y adaptada a las necesidades de cada paciente.

En este contexto, es fundamental analizar en profundidad las experiencias de las mujeres usuarias del SNIS, para lograr identificar patrones y secuelas que la violencia ginecológica les ha generado. Para así, comprender cómo dichas pacientes perciben estas experiencias, adquiriendo conocimiento de causa que sustente acciones educativas, políticas y clínicas que estén orientadas a mejorar la calidad de la atención ginecológica y obstétrica en Uruguay.

Este proyecto de investigación busca, por lo tanto, contribuir a la visibilidad del estudio y análisis de la violencia ginecológica en el país, contemplando sus implicaciones en la salud física, sexual y emocional de las mujeres, así como en sus relaciones y experiencias sexuales y reproductivas.

Pregunta principal:

1. ¿Cuáles son las experiencias específicas de violencia ginecológica que enfrentan las mujeres en los servicios del sistema nacional integrado de salud en Uruguay?

Preguntas secundarias:

1. ¿Cuáles son los significados y percepciones que las mujeres tienen sobre estas experiencias?
2. ¿Cuáles han sido las consecuencias en el bienestar emocional y la salud mental que las mujeres identifican?
3. ¿Cuáles han sido las consecuencias psicosociales de estas experiencias que las mujeres identifican en su vida sexual y reproductiva?
4. ¿Cuáles son los factores próximos que las mujeres relacionan con estas experiencias?

Objetivos**Objetivo general**

Identificar y analizar las experiencias de violencia ginecológica que han vivenciado las mujeres en las consultas ginecológicas de los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay

Objetivos específicos

1. Describir las formas, manifestaciones y contextos en los que se presentan las experiencias de violencia ginecológica vividas por las mujeres.
2. Explorar los significados que las experiencias de violencia ginecológica tienen para las mujeres.
3. Identificar efectos de las experiencias de violencia ginecológica en la salud sexual y trayectorias sexo-afectivas de las mujeres desde su propia perspectiva.
4. Identificar los factores relacionados con las dinámicas de la violencia ginecológica desde las experiencias de las mujeres.

Abordaje Metodológico y Diseño

El presente trabajo se inscribe dentro de un enfoque cualitativo, con el fin de comprender las experiencias subjetivas de mujeres uruguayas que atravesaron situaciones de violencia ginecológica, explorando cómo estas vivencias impactaron en su salud sexual, corporal y vincular. El interés no se enfoca en el cúmulo de casos ni en la posibilidad de garantizar los resultados, sino en la profundidad interpretativa que se alcanza al momento de reconstruir los sentidos, emociones y significados que las mujeres le otorgan a este tipo de experiencias.

Desde esta perspectiva, la investigación cualitativa se apoya en una concepción subjetiva e intersubjetiva de la realidad, en donde los procesos de conocimiento se construyen en la interacción. Tal como señala Sautu (2003), los investigadores, en tanto actores sociales, también intervienen en la producción de sentido, contribuyendo a generar y reproducir el contexto de interacción que se desea estudiar. Por eso, en esta investigación, se reconoce el carácter intersubjetivo del conocimiento y el lugar activo de quien investiga en la interpretación de los relatos, asumiendo que cada encuentro es una co-construcción de significados.

Las investigaciones cualitativas enfatizan la discusión del paradigma y los principios que sustentan la posición metodológica (Sautu, 2003, p.46). Desde esta perspectiva, la realidad se concibe como subjetiva e intersubjetiva, donde los investigadores, en tanto actores sociales intervenientes, también contribuyen a producir y reproducir el contexto de interacción que desean estudiar (Sautu, 2003, pp. 46-47). En este proyecto de investigación, se reconoce el carácter intersubjetivo de la producción de conocimiento a partir de las experiencias que las entrevistadas nos traen, sobre la violencia ginecológica en Uruguay.

A su vez, toda investigación implica una dimensión ética, en tanto la teoría y los valores del investigador atraviesan cada etapa del proceso: desde la formulación del problema y los objetivos, hasta las estrategias metodológicas que se implementan en la producción y el análisis de los datos (Sautu, 2003). Esto es de vital relevancia en estudios vinculados con la violencia y la salud, en donde el cuidado, el trato empático y el respeto por las experiencias relatadas resultan fundamentales. De acuerdo a este enfoque, a continuación, se presenta el diseño metodológico adoptado para la presente investigación.

Para lograr los objetivos propuestos se utilizará la entrevista semiestructurada en profundidad como técnica principal de recolección de información. Ya que este tipo de entrevista se la define como una conversación guiada por quien investiga, orientada a la comprensión de la experiencia del otro desde su propia perspectiva (Corbetta, 2007, citado

en Batthianny, 2011, p. 89). A diferencia de las entrevistas estructuradas, las semiestructuradas permiten mayor flexibilidad en la formulación y el orden de las preguntas, posibilitando un intercambio más fluido, espontáneo y adaptado a cada participante (Corbetta, 2007, citado en Batthianny, 2011).

Se elige esta técnica por su potencial para acceder a los distintos significados personales, emociones y experiencias que atraviesan las mujeres entrevistadas, brindando la posibilidad de que el relato emerja de forma natural y respetuosa. Según Batthianny (2011), la entrevista en profundidad favorece la reconstrucción del sentido que los sujetos atribuyen a sus vivencias, lo que resulta de gran relevancia en estos abordajes tan sensibles y que muchas veces son silenciados, como es la violencia ginecológica.

La muestra será intencional, conformada por aproximadamente 15 a 20 mujeres residentes en Uruguay que hayan vivenciado experiencias de violencia ginecológica en distintos momentos de su vida. Esta muestra estará compuesta por mujeres jóvenes y adultas que se encuentren en un rango etario de entre 20 y 45 años, de distintos puntos del país, con el objetivo de analizar cómo el paso del tiempo y las distintas etapas vitales influyen en la forma de recordar, resignificar y procesar estas experiencias.

Las participantes serán contactadas a través de un formulario de invitación difundido en redes sociales, grupos de WhatsApp y redes de contacto personales, incluyendo además la técnica de bola de nieve, que permite contactar a personas que podrían no tener acceso a este tipo de medios. Se busca priorizar la diversidad de experiencias, asegurando que todas las entrevistas sean realizadas de forma voluntaria, confidencial y en un entorno seguro. Las entrevistas se realizarán en un formato que garantice la comodidad y el consentimiento informado de las participantes, ya sea de manera oral (con registro de audio) o escrita, para que, posteriormente, el material sea sistematizado para su análisis cualitativo.

Consideraciones éticas

Toda investigación que aborda experiencias de violencia y salud requiere de especial atención a la dimensión ética. En este sentido, la presente investigación resguardará la integridad y el bienestar de las participantes, garantizando su consentimiento informado y la posibilidad de retirarse en cualquier momento del proceso.

Asimismo, se procurará el respeto a la intimidad y la confidencialidad de los relatos personales, evitando así cualquier forma de identificación o exposición de identidad en la presentación de los resultados. De acuerdo a lo establecido en el Código de Ética de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), el artículo 16 establece que:

“La exposición oral, escrita, audiovisual o que implique otra tecnología, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o de divulgación científica, deberá hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trate.

En caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo.” (CPU, Código de Ética, Art. 16)

En esta misma línea, los relatos obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y presentados de manera anónima, cuidando que ninguna información permita reconocer la identidad de las entrevistadas. Priorizando la empatía, el trato respetuoso y cuidando cada etapa del proceso, comprendiendo que la palabra y el recuerdo de las participantes constituyen materiales sensibles que requieren un trato ético y humano.

A su vez, se procurará mantener el equilibrio entre los beneficios y los posibles riesgos del estudio, evitando generar malestar emocional o revictimizar a las participantes. En caso de no lograrse este cometido, se ofrecerá la información pertinente sobre recursos de apoyo y acompañamiento disponibles en la Facultad de Psicología.

Finalmente, el proyecto será regido por la normativa nacional e institucional vigente sobre investigaciones con seres humanos. En caso de ser llevado a cabo, deberá contar con la aprobación y seguimiento del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, conforme a sus lineamientos y protocolos vigentes.

Cronograma de Actividades

En el presente cronograma se detallan las etapas de investigación previstas para el desarrollo del proyecto de investigación, distribuidos a lo largo de 18 meses de trabajo. Las actividades comprenden desde la revisión bibliográfica inicial hasta la redacción, revisión y defensa final del informe.

Resultados esperados

Se espera que esta investigación sirva de aporte para comprender de manera profunda las experiencias de violencia ginecológica vividas por las mujeres en Uruguay, evidenciando cómo estas situaciones impactan no solo en su relación con el sistema de salud, sino también en sus vínculos sexo-afectivos, su autopercepción corporal y confianza en los procesos médicos posteriores.

A partir de los relatos de las participantes, se espera identificar los principales patrones de trato violento, negligente o deshumanizante en los espacios de atención ginecológica, así como las emociones, significados y afectaciones subjetivas que derivan de estas experiencias. De igual modo, se prevé visibilizar las estrategias de afrontamiento, así como los recursos personales y colectivos que las mujeres utilizan para resignificar dichas vivencias.

Estos resultados permitirán generar conocimiento situado sobre la violencia ginecológica en Uruguay, aportando a la inclusión de políticas públicas, prácticas sanitarias y abordajes profesionales más sensibles al género, al cuerpo y a la dignidad de las usuarias.

Finalmente, se espera que el estudio contribuya a fortalecer la conciencia social y académica acerca de la necesidad de transformar las lógicas de poder presentes en el campo médico, así como poder cuestionarse acerca de la forma en la que se ejercen este tipo de prácticas, promoviendo un modelo de atención respetuoso, empático, centrado en los derechos y el bienestar de las mujeres.

Referencias

- Almonte García, G. (2016). *Violencia ginecológica y obstétrica: La medicalización del cuerpo femenino*. Revista Décsir EAM, (2). 1-10 Recuperado de Portal Timbó.
- Batthyány, K., & Cabrera, M. (Coords.). (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales: Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Enseñanza. ISBN 978-9974-0-0769-7.
- Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2020). Escala de violencia ginecológica: Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(3), 187–196. Recuperado de Portal Timbó.
- Cárdenas, M., & Salinero, S. (2023). Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 83(1), 54–66. <https://doi.org/10.51288/00830109> Recuperado de Portal Timbó.
- Castro, R., & López, A. (2015). *Poder médico y ciudadanía*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2001). *Código de ética profesional*. Elaborado por la Comisión de Ética Profesional de la CPU con representantes de la Facultad de Psicología (UDELAR), la Facultad de Psicología (UCU) y la Sociedad de Psicología del Uruguay. Aprobado el 3 de mayo de 2001. Recuperado el 9 de octubre de 2025 de <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>
- Ley N.º 19.580. (2018, 9 de enero). *Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia basada en género*. Instituto Nacional de Publicaciones Oficiales (INPO). Promulgada el 22 de diciembre de 2017. Recuperado de <https://www.inpo.com.uy>
- Marcilly, A., & Mauri, M. (2018). *Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi: Point de vue des patientes* [Tesis doctoral, Faculté de Médecine de Grenoble]. Université Grenoble Alpes. Recuperado de Portal Timbó.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Secretaría General Administrativa Editorial Unison.

Morales Calatayud, F. (2015). La psicología y el campo de la salud: Tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.1.0114>

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). (2022, noviembre). *Violencia obstétrica en cifras* [Hoja informativa]. Recuperado de <https://www.mysu.org.uy>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-RHR-14.23>

Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Corres, N. P., & Taracena Ruiz, B. E. (2010). Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo: Estudio cualitativo (Segunda parte). *Salud Mental*, 33, 437–449.

Sautu, R. (Comp.). (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO. ISBN 987-1183-30-8.