

La primera impresión es la que cuenta: Notas sobre la primera experiencia y trayectoria de pacientes ginecológicas en la ciudad de Buenos Aires.

María Cecilia Tamburrino, Soledad Gatoni, Josefina Leonor Brown y Mario Martín Pecheny.

Cita:

María Cecilia Tamburrino, Soledad Gatoni, Josefina Leonor Brown y Mario Martín Pecheny (2007). *La primera impresión es la que cuenta: Notas sobre la primera experiencia y trayectoria de pacientes ginecológicas en la ciudad de Buenos Aires. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/769>

La primera experiencia es la que cuenta. Notas sobre la trayectoria de pacientes ginecológicas

Josefina Brown¹, María Soledad Gattoni², María Cecilia Tamburrino³, Mario Pecheny⁴. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires

Ponencia preparada para el XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología.

Guadalajara, México, agosto del 2007

(versión preliminar)

1. A modo de introducción

El supuesto de este trabajo es que, el concurrir a servicios ginecológicos pone en juego en el ámbito de la consulta, más que una enfermedad, un hábito y un mundo íntimo y personal como es la sexualidad y las prácticas sexuales. Tras ellas se levanta un inmenso edificio de prejuicios, saberes, normativas y prescripciones.

Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo describir los motivos que llevan a las mujeres a realizar su primera consulta a un servicio ginecológico, así como analizar el impacto que ésta tiene en las sucesivas consultas y en la trayectoria del ser paciente. Mediante entrevistas a mujeres que concurren a servicios ginecológicos - realizadas en el marco de un proyecto de investigación mayor⁵-, nos proponemos reconstruir la relación paciente-médico establecida durante la primera consulta y los factores que la condicionan, fortalecen o debilitan.

Una de las hipótesis centrales de lectura es que la primera consulta influye en el modo de construcción de la relación entre la paciente y los/las profesionales de la salud en el ámbito de la salud ginecológica e incide en la trayectoria posterior de las pacientes en distintos aspectos tales como, la elección del profesional, el manejo de la información y la toma de decisiones en la consulta.

¹ Magister en Ciencia Política

² Estudiante de Ciencia Política.

³ Licenciada en Sociología

⁴ Dr. En Ciencia Política

⁵ Proyecto UBACYT: “La ciudadanización de la salud. Un estudio comparativo sobre derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos”.Dirigido por Mario Pecheny en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.

2. Descripción de la muestra. Algunas notas sobre metodología

Este trabajo se basa en el análisis de una veintena de entrevistas semi estructuradas a mujeres en edad reproductiva (entre 18 y 45 años) realizadas entre julio del 2005 y julio del 2006. La muestra posee características bastante homogéneas en lo que respecta al nivel socio-económico⁶ (medio y medio-alto) y subsistema de salud por el cual se atienden (consultas privadas, obras sociales y prepagas)⁷. Asimismo, son mujeres que cuentan con apoyo material y emocional por parte de sus redes más cercanas (familia, pareja, amigos y amigas) en caso de necesitarlo.

Las entrevistas indagaron sobre la experiencia de las pacientes en los servicios de atención ginecológica, analizando diversos aspectos de la relación paciente - médico o médica: la primera consulta, la preferencia de género en la elección del especialista o la especialista y los motivos que llevan a dicha elección, la caracterización, expectativas y definición del vínculo con los médicos o médicas, la participación en la toma de decisiones, el intercambio de información, entre otros.

A los fines de esta ponencia, hemos trabajado particularmente en el análisis e interpretación de aquellas dimensiones que resultaban relevantes a fin de reconstruir y caracterizar el recorrido de las pacientes a partir de su primera consulta ginecológica.

Es preciso señalar, que la primera consulta en las pacientes más jóvenes resulta ser un recuerdo que pueden relatar sin mayor dificultad por tratarse de un acontecimiento reciente e inmediato. A medida que aumenta la edad y la distancia temporal respecto de la primera consulta, el relato se transforma en un recuerdo elaborado, una narración que presenta más mediaciones. Es decir, a diferencia de las primeras donde se trata de recordar un acontecimiento más o menos cercano sobre el que no se ha podido reflexionar en demasía, en las segundas encontramos que esa primera consulta –ahora lejana- tiene una fuerte impronta de las experiencias posteriores que operan como el lente que tiñe la lectura retrospectiva.

Sin embargo, la hipótesis que planteamos en este estudio no se ve obturada por esta particularidad. La relación propuesta entre la experiencia de la primera consulta y el recorrido posterior de las pacientes por los servicios ginecológicos, no busca

⁶ Para definir el nivel socio-económico se consideró el nivel educativo y la ocupación de la persona entrevistada.

⁷ En realidad hay dos entrevistas que no concuerdan con el nivel socio – económico promedio, dos viven en lugares periféricos de AMBA, no han completado sus estudios secundarios y se atienden en el servicio público de salud. Notaremos su consideración en caso que esa pertenencia responda a experiencias diversas en las categorías bajo análisis. En los demás casos nos referiremos al conjunto de las entrevistas

determinaciones lineales ni unívocas en la trayectoria relatada. Nuestra hipótesis apunta a encontrar elementos que enlacen esa primera experiencia con otros acontecimientos del devenir paciente ginecológica, con lo cual la reconstrucción más o menos distorsionada de ese acontecimiento no obstaculiza nuestra propuesta. No buscamos la verdad sino comprender cómo las mujeres entrevistadas reconstruyen y explican su propia trayectoria en tanto pacientes de servicios ginecológicos y cuánto de lo más cercano remite en ese relato a esas primeras experiencias que dejan huellas (Weber, 2001)

3. La primera vez. Motivaciones, sentimientos, experiencias.

La primera visita ginecológica se realiza entre la primera menarca y la primera relación sexual, en un intervalo de edad que va de los 13 a los 21 años⁸. Aún cuando en términos comparativos contamos con pocos casos de mujeres que hayan tenido su *primera vez* –en un servicio ginecológico- a edades tempranas, es posible observar que los motivos y circunstancias de la primera consulta ginecológica de estas mujeres difieren del de quienes la tienen en otros momentos más avanzados de su ciclo vital.

Aquellas consultas realizadas entre los trece o catorce años fueron motivadas e impulsadas por las madres, quienes no sólo tomaron la decisión sino también acompañaron a sus hijas al encuentro con el médico o médica. Motivadas por algún problema en particular (tales como dolores pre-menstruales, flujo, dolores de mamas, hongos vaginales, entre otros) que ya no podía resolver el médico o la médica pediatra, estas primeras consultas resultan ser la oportunidad para informarse sobre cómo es posible prevenir un embarazo y algunos otros asuntos a ello vinculados.

Cuando analizamos el relato de quienes acuden a la consulta a edades más avanzadas, las diferencias saltan a la vista. En primer lugar, son ellas quienes toman la determinación y muchas veces lo hacen solas. Otras, son acompañadas por pares: hermanas y amigas preferentemente, eventualmente parejas o madres. Y aunque durante la consulta las pacientes se encuentren solas frente al médico o la médica, saben que cuentan con el apoyo y el acompañamiento de estas mujeres cercanas (tanto bajo la

⁸ No desconocemos los múltiples debates y las diversas corrientes teórico políticas que giran en torno de la(s) sexualidad(es) y fundamentalmente la heteronormatividad reproductiva compulsiva como un norma y un discurso hegemónico que asocia sexualidad con reproducción y por lo tanto con penetración vaginal (Cabral, 2007; Maffía, 2003; Guash, 2000) Entendemos por relación sexual en este caso una relación coital vaginal.

forma de haber seguido su consejo para realizar la consulta, como por la contención afectiva y los sentimientos que ellas les brindan)

El impulso aglomerador de esa *primera vez* en las jóvenes adultas o adultas: la proximidad o la consumación de la primera relación sexual. Lo que motiva esa primera visita es la búsqueda de un método anticonceptivo, el chequeo del que ya se habían auto administrado, la corroboración de un embarazo, la petición de su interrupción o bien un control ginecológico básico.

Lo que unifica estas diversas motivaciones es una afirmación recurrente que cae con todo el peso normativo: “ya era hora”, “correspondía” y similares. Todas frases que refieren a la idea de que hay determinadas acciones que las mujeres realizan en una determinada franja etaria, que se corresponden con determinadas prácticas sexuales (la penetración vaginal paradigmáticamente) y modificaciones corporales que inexorablemente llevan a la prescripción ginecológica. En determinado momento vital (ligado a la primera relación sexual, su cercanía o su consecuencia) o a edades donde esa cercanía comienza a sospecharse, es preciso y es considerado casi como deber el recurrir al chequeo ginecológico. En efecto, cuando se les pregunta cómo definirían el ser una paciente ginecológica la asociación con los aspectos normativos es directa:

*“Quería tener una consulta con un ginecólogo porque cada mujer cuando estuvo por primera vez **tiene** que ir”* (Cristina, 20 años)⁹

*“Tenés veintipico de años y tenés, bah, ya después de tener tu primera relación sexual, te **tenés** que empezar a hacer controles”* (Flavia, 24 años)

*“En realidad, es una **obligación**. Es algo que a partir de la primera vez te tenés que acostumbrar”* (Carolina, 19 años)

De esta forma, el ser una paciente ginecológica implicaría regularidad en las consultas, responsabilidad en los controles. Es decir, un deber ligado al cuerpo, algo que se impone y es inexorable, casi como la heterosexualidad reproductiva que se halla como telón de fondo de estas presuposiciones que operan normativamente ligando procreación a sexualidad y eventualmente anticoncepción (vinculado a prevención de embarazo potencial) en una línea evolutiva que requiere desde edades tempranas cuerpos vigilados ginecológica o médicamente (Guash, 2000; Foucault, 1986).

Estos datos concuerdan con los recogidos en otras investigaciones recientes en las que se indagó sobre el particular. De acuerdo con la evidencia de los datos recolectados

⁹ Para preservar la privacidad de nuestras entrevistadas los nombres han sido alterados.

mediante una encuesta en la marcha del orgullo GLTTBI (2005) en Argentina, “El 80 % de las que encuestadas que asisten al ginecólogo o la ginecóloga regularmente¹⁰ lo hace por control, para hacerse estudios o para buscar información. La categoría que le sigue es “para cuidarme” con un 10%. (...) Mientras que, sólo poco más del 9% va al menos una consulta anual por alguna razón particular como puede ser el padecimiento de una enfermedad o un embarazo en curso” (Brown, 2006).

4. *El círculo de las mujeres*

Pese a las diferencias registradas en las motivaciones y circunstancias de la primera consulta a edades relativamente más tempranas o más avanzadas, en ambos casos encontramos que las mujeres cuentan con el apoyo emocional que las figuras femeninas cercanas les brindan. Ya sea que incentiven, motiven, acompañen o asesoren madres, hermanas y amigas son las referentes de las mujeres que van a la consulta ginecológica. Las mujeres consultan a mujeres, acompañan a otras mujeres, protegen y cuidan a sus pares, a sus hijas o sus madres. Sin embargo, el lugar que ocupa la *figura de la madre* es diferente en ambos grupos etarios de iniciadas. Para el caso de las más jóvenes, la madre no es una compañía más sino quien impulsa la consulta, pide el turno, acompaña e incluso muchas veces, ingresa con ellas al consultorio. En el segundo grupo etario, aún cuando la madre en tanto mujer cumpla un rol importante no es ella quien toma la decisión, ni pide el turno y en general, tampoco asiste a la entrevista médica.

En esta misma línea, es el círculo de mujeres significativas el que abre las puertas, brinda información y recomienda. El rito de iniciación¹¹ en las artes del control ginecológico suele desarrollarse en el consultorio del profesional o la profesional que atiende a su madre, a su tía, a su hermana, su amiga o compañera de trabajo.

Es aquí en donde se genera el primer vínculo con el ginecólogo o la ginecóloga. Un vínculo mediado por una mujer de confianza que hace el puente, entre la iniciada y el o la ginecóloga, colaborando en la construcción de un lazo que genera la confianza y tranquilidad para atravesar ese hito que se enlaza con otros eslabones de lo que el ser

¹⁰ En este caso lo vamos a entender laxamente del modo en que ha sido definido en la interrogación inicial es decir, para este caso, regularmente significa *al menos una vez* al año.

¹¹ Los ritos de pasaje han sido analizados dentro de la sociología de la salud, especialmente pasajes inscriptos en escenarios medicalizados. Nacimiento y muerte, maternidad y paternidad u hospitalización, son concebidos como algunos de los momentos de transición que la profesión médica enfrenta y gestiona (Helman, 2001; Draper, 2003; Froggatt, 1997).

mujer implica en estas sociedades. Es ese círculo de mujeres cercanas el que arma la red de contención, asesora, recomienda y, calma ansiedades, alivia los nervios e inquietudes de la primera consulta. Esta colaboración en esta suerte de rito de pasaje es vivida como una prolongación del cuidado materno¹². Para aquellas pacientes que se inician tempranamente esta conexión es explícita, e implícita en los casos de las pacientes que concurren a una edad avanzada.

“Iba tranquila porque era la persona que atendía a mi vieja y mi mamá siempre me transmitía como mucha calma”. (Romina, 31 años)

“En mi caso iba como acompañada de mi vieja que para mí era re importante, entonces sabía a quién iba a ver, y quién era esa persona. Pero cuando después tuve que elegir un obstetra, me sentí como, con mucho temor de buscar a alguien que yo no conocía” (Cecilia, 21 años)

Una situación particular que hemos registrado en torno a esto, es que en determinadas ocasiones la consulta a la o el ginecólogo es el final de un proceso de búsqueda de ayuda, comprensión o alivio en estas figuras femeninas. Madres, hermanas, abuelas y amigas son en primer lugar consultadas por inquietudes o malestares de las entrevistadas. Y es cuando no hallan respuestas a sus interrogantes, que terminan acudiendo a un o una profesional ginecológica. A veces no por decisión propia, sino por la motivación de este círculo de mujeres que reconocen sus limitaciones y derivan la demanda.

“Y... bueno, al principio yo le pregunté a mi mamá, me dijo ‘yo no tengo la menor idea de que es, a mi nunca me pasó’, bueno. Las abuelas no sé, mis dos abuelas eran dos desmemoriadas, no sabían nada, habían tenido los hijos... no sabían, nada sabían, nada de nada sabían y bueno, fue por eso que fui a consultarle” (Florencia, 38 años)

“Tenía una duda con respecto a qué me estaba pasando (...) le pregunté a mi vieja, le pregunté a un par de amigas que ya les pasaba lo mismo... ‘andá al ginecólogo a ver que te dice’”. (María Laura, 20 años)

Es notable como se van constituyendo de este modo “redes” y “círculos” de protección entre las mismas mujeres; círculos basados en saberes que provienen de la

¹² Sobre el papel de las madres en lo atinente a la salud sexual y reproductiva de las hijas ver (Lesch E. y Kruger L., 2005; Mazzarella y Odom Pecora, 1999; Sieving, McNeely, y Blum, 2000).

experiencia en contraposición a un saber de carácter científico¹³. Los aspectos concernientes a la procreación y a la sexualidad femenina son vistos como asuntos de exclusivos de las mujeres y las conversaciones cotidianas entre amigas, familiares mujeres, o mujeres cercanas aparecen como una clara muestra de ello¹⁴.

Las mujeres recurren al saber médico luego de haber atravesado el círculo de las mujeres de confianza, recurriendo siempre a esa fuente de contención, afecto y consulta para contrastar las informaciones recibidas. El saber médico, en contraposición a ese saber concreto, cotidiano y cálido, es percibido como un saber masculino, experto, abstracto (Maffía, 1994). No obstante, este saber no es siempre tomado “al pié de la letra” sino que, a veces es cuestionado, considerado “frío” o “ajeno”, sobre todo si el profesional es varón. El hecho de que exista un círculo de mujeres que conversan y comparten sus propias experiencias tiene como consecuencia una constante revisión del saber proporcionado por la o el médico:

"Yo tenía más de una amiga que usaban diafragma y me decían: "pero boluda, te explico yo, eso no te lo puede cobrar". (Victoria, 29 años)

5. Grandes expectativas, ¿satisfacción garantizada?

La primera visita al ginecólogo o la ginecóloga genera muchas y a veces demasiadas expectativas en relación a lo que ocurrirá y las respuestas que se obtendrán. A diferencia de otras consultas médicas referidas a otras especialidades, en la consulta ginecológica se juegan cuestiones relacionadas con la sexualidad, las prácticas sexuales, la intimidad, el pudor, la vergüenza, tras los cuales se levanta un inmenso edificio de prejuicios, saberes, normativas y prescripciones (Brown, Tamburrino y Pecheny, 2006)¹⁵.

Es por ello que, cualquiera sea la edad en la que se encuentren las mujeres que van a realizar una primera consulta ginecológica, sus expectativas rara vez resultan del todo satisfechas. Ellas depositan en el médico o médica que las atiende una enorme carga emotiva vinculada a sus dudas, temores, interrogantes y demandas concretas. El o la ginecóloga debe ser alguien que las contenga, que les inspire confianza. Pero la confianza en la primera consulta no se liga tanto con el saber técnico cuanto con la capacidad de contención, escucha, empatía que el médico o la médica les puedan

¹³ Esta distinción remite aquella entre el saber qué y el saber cómo, entre el saber práctico y el saber técnico. Véase Ortega y Gasset (s/f), Strasser (1979)

¹⁴ Sobre la influencia de los vínculos cercanos entre mujeres en situaciones de aborto ver (Rossiera, C. *et al* 2006).

¹⁵ Véase apartado 7 “Cuerpos y sensibilidad(es)...”

brindar. Como adelantábamos, los asuntos que se exponen en la consulta ginecológica son difícilmente objetivables, se hallan inextricablemente ligados a asuntos íntimos y personales que a su vez se encuentran rigurosamente normalizados y disciplinados socialmente (Butler, 2006; Foucault, 1986). La posibilidad de la sanción moral e incluso en ocasiones legal, permanece siempre presente aunque de manera velada¹⁶. De modo que la mayor parte de las veces la búsqueda de este o esta profesional y su mantenimiento a lo largo del tiempo está estrechamente relacionado con la confianza personal y no sólo profesional, que ese médico o médica les merezca.

Algunas entrevistadas mencionan no haberse sentido escuchadas o cómodas remarcando varias veces aspectos personales de los y las profesionales. Es decir, el trato, la paciencia, la tranquilidad en el explicar, en el conversar, entre otras, cuestiones vinculadas con la personalidad de cada profesional, se entrecruzan en el vínculo entre las pacientes y los médicos y médicas cobrando importancia en las primeras consultas. Las expectativas y esta sensación de vergüenza, miedo o vulnerabilidad hacen que las mujeres estén mucho más sensibles y atentas a las respuestas, gestos, movimientos y actitud general del médico o médica (también a veces se registra temor a ser sancionadas).

En cuanto a la satisfacción de expectativas las percepciones son diversas, en general las mujeres entrevistadas parecen haber tenido buenas experiencias y resaltan justamente el que se las haya escuchado, el que se las haya tranquilizado. Si esto no ocurre en la primera consulta, se sigue probando hasta encontrar algún o alguna profesional en quien confiar. Las malas experiencias pueden tener relación con que la demanda no fue satisfecha, es decir, no se dio respuesta ante el problema concreto o la respuesta no satisfizo a la paciente. Es muy común también, en el caso de mujeres que asisten a servicios ginecológicos, que transiten entre el modelo de ciudadanía y derechos y el modelo clientelar en función de la cual se construye y se juzga la relación paciente – médico o médica (véase Pecheny y Manzelli, 2004). Hay otras, en las que el trasfondo sexual que aparece en esa primera consulta genera un impacto negativo en las pacientes ginecológicas, si bien no se dice explícitamente, el gesto al contarlo y el silencio de *eso que no se puede explicar*, sugiere esa idea. Una de las entrevistadas relata en esa dirección que el médico le hablaba de temas muy íntimos, con demasiada confianza, casi sospechosamente; y que, recién advirtió el origen de la sospecha cuando

¹⁶ Además del halo de erotismo y sexualidad presente en la relación paciente – médico o médica. Véase apartado 7 “Cuerpos y sensibilidad(es)...”

la mandó a desvestirse detrás de un biombo que, de acuerdo a su relato, *era como desvestirse delante de él*.

En otras ocasiones, la satisfacción no le sigue a la enorme expectativa expuesta. Según dicen, el médico o médica no les *generó confianza*, no les explicó lo que ellas querían, se desvió del tema, no le prestó atención a su demanda, o no les dedicó el tiempo que ellas necesitaban, o incluso se menospreció su demanda y ni siquiera se la revisó.

6. Cara o seca: las preferencias sexo – genéricas a la hora de elegir profesionales en ginecología

Diversos estudios señalan que el género resulta una de las variables fundamentales en los motivos de elección de la o el profesional ginecológico con quien atenderse (Delago, Lopez-Fernandez y Luna, 1993; Ekeroma y Harillal, 2003; Johnson, Schnatz, Kelsey, y Ohannessian, 2005; Moettus, Sklar, y Tandberg 1999). Estas investigaciones, evidencian que es el género -y no la experiencia, la formación o experticia del médico o médica- lo que determina qué profesional elige la mujer y cómo lo evalúa (Galasinski y Ziólkowska, 2007). En este sentido, las expectativas de las mujeres y los estereotipos de género en juego, cobran un papel central.

La cuestión del saber o la experiencia, la técnica o la vivencia, la subjetividad y la objetividad, el conocimiento práctico y el saber experto, distinguen a varones y mujeres en la práctica profesional ginecológica. Los estereotipos de género se reproducen y funcionan de mapa en función del cual se elige o se prefiere, de acuerdo al motivo de la consulta, varones o mujeres.

La búsqueda de la confianza por sobre el saber técnico, una de las marcas distintivas que aparece como requisito en las primeras visitas, puede desvanecerse o perder peso en ciertas circunstancias. Cuando surge algún problema o evento de corte más médico en un sentido tradicional, como un embarazo, un aborto, un quiste o alguna complicación más ligada a la noción de enfermedad, se requiere y se busca principalmente un saber técnico, en la figura de un médico varón. Por el contrario, mientras se trata de controles regulares, la confianza es lo primordial y las mujeres profesionales se ajustan a las necesidades y expectativas de las pacientes (pues pueden compartir la experiencia). A medida que la balanza del eje salud – enfermedad se traslada hacia este último lugar, la presencia de un varón se hace cada vez más frecuente. En estas circunstancias lo que

pesa es la confianza profesional, en el saber técnico y la experticia; en definitiva, no la empatía emocional de las mujeres sino la objetividad científica de los varones (Maffía, 1994 y 2005). Estos datos coinciden con investigaciones previas (Childs, Friedman, Schwartz, Johnson, y Royek, 2005)¹⁷

Precisamente, en aquellas mujeres que dicen preferir ser atendidas por un ginecólogo varón el discurso predominante actúa bajo el presupuesto de que “los hombres saben más”, como fue sugerido en apartados anteriores. Las mujeres serían más sensitivas, corporales y no actuarían guiadas exclusivamente por el saber científico. Por el contrario, la relación con el ginecólogo sería más distante, y actuaría a través de los conocimientos que le habrían sido otorgados a través de la fría mediación del saber científico. Por lo tanto, frente a determinadas situaciones delicadas o conflictivas, el hombre va a saber actuar.

“En el momento del parto entiendo que el embarazo es mejor un hombre, pero, me da cosa, pero prefiero una mujer (...) pero el hombre no va a titubear y no va a pensar y va a ser firme, y va a ser firme hasta el final, en cambio las mujeres, por ahí dudan un poco más, entonces en el momento del embarazo entiendo, que va a ser mejor un hombre” (Candela, 20 años)

Las diferencias en la elección entre profesionales varones y mujeres remiten a cuestiones básicas de estereotipos de género: las mujeres son como nosotras comparten nuestra experiencia y entonces nos pueden comprender (la metáfora de la hermandad) y los varones, el sexo ligado al saber (sobre los cuerpos femeninos) son quienes dan respaldo y seguridad con su saber que proviene de la ciencia (la razón) y no de la experiencia (la sensación).

Se dice que el conocimiento del que dispone la mujer ginecóloga adquiere un carácter corporal, más sensible, sensitivo y vivencial. Esta sensibilidad y afectividad serán factores valorados en el momento de elegir una ginecóloga mujer: la comodidad de estar con otra mujer, el hecho de ser entendida, el ejercicio de empatía, la mayor sensibilidad, entre otros.¹⁸ Señala Sofía (22 años) “uno se siente más cómodo, digamos. Más... se

¹⁷ En ellas, se indagó acerca de la diferencia en la preferencia de género de mujeres entre ginecólogos o ginecólogas y cirujanos o cirujanas. La distribución en las preferencias de género para especialistas ginecológicos se mantenía relativamente estable entre varones, mujeres y no manifestar preferencia (alrededor del 30% cada una). Sin embargo, se evidenciaba un salto cuando se trataba de acudir a un profesional ante una cirugía. Allí, cerca de la mitad de las pacientes (51%) afirmaron preferir un cirujano varón, sólo un 3% afirmó preferir un cirujano mujer y el 46% afirmó no tener preferencias (Childs, A. et al 2005).

¹⁸ Esos prejuicios tienen anclaje teórico, entre otras en las interpretaciones esencialistas que se han dado del trabajo Gilligan (1982). En ese trabajo señala la relación con los diversos modos de razonamiento

explaya, se sienta y habla... hasta podés tener una conversación de amigas, ¿me entendés?, porque te va a entender.”

Encontrarse con una mujer en la consulta hace de ésta, muchas veces, un momento más distendido que da lugar a una relación paciente – médica más fluida que si el interlocutor hubiese sido un varón: *“fue una experiencia bastante tranquilizadora, yo estaba muy asustada, pero estuvo bien, la doctora me habló, me aconsejó más de par a par de lo que yo imaginaba. Yo pensé que hasta podía haber un ginecólogo varón y que iba a ser más complicado preguntarle”*(Carolina, 19 años)

A su vez, hay ciertos procesos de identificación que juegan en el vínculo con la ginecóloga: el percibirla como un par, como una amiga, como una madre, como alguien que te entiende por compartir las mismas experiencias (*“somos de la misma edad, tuvimos chicos”*, entender dolores menstruales, tener hijos). Son recurrente las frases *“con una mujer el vínculo es de amigas”; “tenemos un trato como entre madre y amiga”*

Sin embargo, esta valoración de las mujeres como predominantemente sensitivas, termina siendo un factor que vuelve en contra de las ginecólogas mujeres. Las cualidades sexo genéricas atribuidas tienden a pensarse no sólo en términos dicotómicos sino también excluyentes: o se es varón o se es mujer, o se es racional o se es irracional y así sucesivamente. Pero a su vez, ya existe una valoración social atribuida a cada una de esas características en la estructura social. Por lo tanto, no es casual que la afectividad sirva también para desvalorizarlas, en una constante cercanía a la instintividad, la irracionalidad, los arrebatos sentimentales, etcétera (Guilligan, 1982; Lovinbond, 1995; Maffía, 2005; Cobo, 1995).

“La otra era más complicada, la otra tiene sus días femeninos

que encontró en varones y mujeres. En esa investigación se vio que los varones tendían hacia razonamientos éticos vinculados con la justicia: abstracta, general, objetiva; en cambio, las mujeres tendían a realizar juicios más concretos, particulares, singulares que consideraban la posición del otro o la otra, elementos que se vincularon con la experiencia maternal de las mujeres. De allí que la autora llamara a ese modo ético de razonar la *“ética del cuidado”*. Leída en términos esencialista se ha interpretado que *“... la experiencia maternal funda una ética de cuidado del otro y de que existiría entre varones y mujeres una diferencia irreductible en lo que al cuidado de la vida humana se refiere, haría de las mujeres las guardianas tanto de la continuidad de la vida como de la naturaleza. Los varones, el sexo ligado a la muerte y a la abstracción, serían los portavoces de formas de organización social casi incompatibles con la vida”* (Brown, 2007: 135). Véase también Lovinbond (1995), Ruddick (1990), Noddings (1990). Teniendo en cuenta los patrones de género operantes no resulta llamativo que diversas investigaciones señalen que estos son los rasgos que diferencian a varones y mujeres en la práctica ginecológica: las mujeres ginecólogas se encargarían más de cuidar que curar, guiarían pasivamente en lugar de intervenir activamente (Bertakis, Helms, Callahan, Azari, y Robbins, 1995); (Roter, Lipkin, y Korsgaard, 1991), serían más empáticas (Wasserman, Inui, Barriatua, Carter, y Lippincott, 1984) y se focalizarían más en las emociones (Mendez, Shymansky, y Wolrach, 1986) que los varones ginecólogos

también”(Florencia, 38 años)

[una ginecóloga la trató mal y dice] “yo creo que estaba enemistada no sé con quien, con el marido, el novio”(Andrea, 31 años)

Los miedos y sentimientos que suscita la consulta ginecológica también son factores que inciden en la elección de género de la o el profesional: se elige una mujer por la vergüenza y el pudor que genera enfrentarse a un varón en la consulta. Se trata de una elección negativa, un rechazo a la elección de un profesional varón. Y en estos casos, la explicitación de los motivos y la firmeza de la decisión es significativamente más clara que en otros. Es un “no” rotundo a mostrar el cuerpo desnudo, a “abrirse de piernas”, frente a un hombre.

“Que sea mujer. Porque sí, me da menos temor. No se si temor, pero menos vergüenza. Que sea mujer, que sea mujer.” (Andrea, 31 años)

Finalmente, cabe destacar que en aquellos casos en los cuales las mujeres dicen no tener una preferencia formada sobre si elegir un ginecólogo varón o mujer para sus consultas, ellas dejan entrever, aunque sea implícitamente, que prefieren un ginecólogo varón. La neutralidad remite inevitablemente a lo hegemónico, y en términos socio – sexuales eso significa que se trata de un varón también hegemónico (blanco, instruido, de la clase media – media alta, heterosexual) (Young, 1996; Phillips y Barret, 2001; Amorós, 2006; Pateman, 1995¹⁹)

“No, no tuve, no. La verdad que nunca tuve una preferencia, siempre, salvo así que excepcionalmente he caído con una mujer de guardia...” (Sabrina, 41 años)

Esas ventajas comparativas que, en términos sexo – genéricos de los y las profesionales, son rescatados y puestos en valor se ligan con las expectativas que las mujeres tengan. Ellas esperan “ser escuchadas”, sentirse “especiales”, no ser consideradas como meras pacientes que consultan una cuestión puntual y se van, sino como personas que requieren de un tratamiento más integral, que requieren sentirse cuidadas, esperadas, contenidas, hasta incluso “recordadas”:

“Que te escuchen, que no tengan problema en contestarte tus dudas, de que no seas un paciente más, de que te dediquen su tiempo, de que te ofrezcan sus propios números particulares por si tenés alguna duda.”(Cristina, 20 años)

¹⁹ Pateman incluso desconfía de la categoría individuo, una noción aparentemente neutral y que a lo largo de la historia a sido equivalente a varón y masculino (Pateman, 1995)

“Como que no me sentí como contenida y como esperada por ese médico”

(Candela, 20 años)

7. *Cuerpo(s) y sensibilidades: la intimidad al desnudo requiere de confianza*

Se describe a la revisión ginecológica –el procedimiento que se lleva a cabo con la mujer acostada desnuda boca arriba en una camilla y el ginecólogo o ginecóloga parado o parada entre sus piernas separadas- como la “más íntimas de todas las revisiones médicas” (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1997: 3).

Para comprender esta caracterización y las interacciones paciente-médico y médica ginecológica es necesario considerar que la consulta pone en juego la sexualidad de las mujeres, y por lo tanto, debe problematizarse el contexto y las determinaciones sociales, políticas y culturales tanto de la mujer como de su sexualidad (Uskula,b y Ahmadb 2003)²⁰.

Las prácticas ginecológicas son asociadas a la vulnerabilidad (Oscarsson y Benzein, 2002), el discomfort o la molestia (Reddy y Wasserman, 1997), la humillación, deshumanización (Weiss y Meadow, 1979) e incluso degradación (Areskog-Wijma, 1987). Las revisiones vaginales generan vergüenza, ansiedad, miedo, y en algunos casos dolor (Hennigen, Kollar, y Rosenthal, 2000; Sandelowski, 2000; Weijts, Widdershoven, y Kok, 1991; Wright, Fenwick, Stephenson, and Monterosso (2005); y es una práctica temida y pospuesta (Olson 1981).

En consonancia con las investigaciones antes mencionadas, la vergüenza, el miedo, el pudor, la sensación de vulnerabilidad son los principales sentimientos registrados en torno al primer encuentro con un ginecólogo o ginecóloga. Esas sensaciones disminuyen a medida que las consultas son más regulares o frente a la mayor cantidad de contactos con el médico o la médica. El concurrir al ginecólogo o la ginecóloga luego de que se ha “roto el hielo”, y se ha atravesado exitosamente ese ritual de iniciación es vivido como natural y rutinario.

“Como vulnerable, ¿no? porque estás en manos de un profesional que uno va con cierto temor o miedo, como cierta entrega hacia el profesional. .). no se si es por mitos, por miedo, porque es una cuestión muy particular el

²⁰ Incluyendo el estatus de los genitales femeninos (Henslin y Biggs, 1978; Wijma y Areskog-Wijma, 1987)

cuerpo de uno, y como que están introduciéndose en tu cuerpo, y a mi me daba no se si la palabra vergüenza rechazo, las dos cosas.” (Romina, 31 años)

“Fui sola... y... me sentía súper nerviosa... la doctora era una mujer grande y tenía una paciencia terrible, porque se daba cuenta que tenía mucha vergüenza y... tuvo mucha delicadeza.. y... creo que eso también ayudó a que después... la siguiera como más.. eee.. un poco más natural..”(María Alejandra, 28 años)

8. Sexualidad y erotismo

Sin embargo, esta creciente “naturalidad” en los encuentros con el ginecólogo varón o mujer, no significa que la tensión que genera la exposición del cuerpo y la sexualidad se cancele. Se reelabora y permanece latente organizando las relaciones entre el médico o médica y la paciente; y generando sentimientos ambiguos y contradictorios.

El papel del médico en la consulta y revisión ginecológica aparece como explícito y unívoco: la revisión se debe exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de desordenes en los sistemas reproductivos femeninos.²¹ En la consulta ginecológica se expone el cuerpo y las zonas genitales en un contexto orientado y estructurado en función de la distancia, objetividad y el “saber” de la ciencia. Este encuentro entre el cuerpo desnudo de la mujer y el “ojo científico” genera una situación ambigua, contradictoria, tensa.²²

Estudios previos que indagaron sobre estas cuestiones señalan –y recomiendan- que lo más importante del encuentro con el ginecólogo o la ginecóloga debe ser su carácter no-erótico. Se afirma que el tocar los genitales femeninos no sólo no debe ser sexual, sino que debe presentarse como terapéutico, rutinario y por el interés de la paciente. Para conseguir esto, la paciente debe ser tratada como un “objeto técnico” y no como un individuo, y menos como una mujer potencialmente sexuada (Meerabeau, 1999, Galasinski y Ziolkowska, 2007)

La consulta ginecológica evidencia un manejo constante de la ambigüedad o tensión

²¹ Desde el desarrollo del test del PAP, usado para detectar el cáncer cervico-uterino, la revisión se ha convertido en una intervención indispensable para el diagnóstico precoz y el tratamiento de los cánceres reproductivos de las mujeres (Ragan 1990).

²² En las sociedades occidentales, el desvestirse y mostrar los órganos genitales sólo está permitido en dos situaciones: las relaciones sexuales y en las revisiones médicas (Ragan 1990).

que genera este particular contacto con el médico o la médica. Encontramos que en ocasiones se desdibujan las fronteras, se “confunden” las demandas: pedidos a veces paradójicos que se les hable llano pero cuando se les habla demasiado llano entonces se teme que se está pasando una línea imaginaria entre lo deseable y lo no deseable que se vincula con la exposición del cuerpo, el desnudo y la confrontación con un otro, varón en general, varón deseable o deseante.²³

La tensión entre la sexualidad y los objetivos médicos recién detallados es más explícita – a través de la vergüenza y el miedo manifiesto – en la primera consulta. Los sucesivos encuentros y cambios de profesionales pueden interpretarse como intentos continuos de acomodarse en diferentes posiciones, encontrar una figura médica que reduzca la ambigüedad, establecer vínculos con profesionales donde se distingan claramente los límites, o donde situaciones externas fijen las fronteras de la relación. Este manejo implícito de la contradicción que genera la consulta permite en ocasiones explicar la preferencia de género del especialista (como vimos, la vergüenza y el no querer que el médico las toque, suele ser la principal causa en aquellas pacientes que elijen mujeres para atenderse).

9. Buenas y malas primeras experiencias. Diversos desenlaces. A modo de consideraciones finales y nuevas aperturas

Tres podrían ser los ejes para agrupar los motivos por los que las mujeres consultan al ginecólogo o la ginecóloga: 1) asuntos ligados a la primera menarca o problemas relacionados con lo génito – mamario que pediatras ya no pueden resolver; 2) asuntos vinculados con la primera relación sexual y en ese caso: a) por anticoncepción o controles, b) por embarazo (o aborto).

Siempre rodeada, acompañada, asesorada, recomendada o motivada por lo que hemos llamado el *círculo de las mujeres*, esa primera consulta opera como un rito de iniciación en lo que significa *ser mujer*. De allí y del hecho de que, en general, no se encuentra vinculada con ninguna enfermedad sino con el amplio campo de la sexualidad, *la*

²³ Algunas investigaciones sostienen que la sexualidad no puede ser cancelada pese a la progresiva medicalización del cuerpo de la mujer y las prácticas reproductivas. En un estudio, que analiza el acto de desvestirse en consultas con ginecólogos varones, se concluye que es tan alta la carga y significación sexual de este acto, que es una actividad que no se realiza delante de la mirada del médico. Se afirma entonces que el poder y la mirada médica se ve limitado, y los *médicos varones* se convierten en *varones a secas* de acuerdo a las reglas sociales, pues no pueden ser parte de la escena del desvestirse. (Galasinski y Ziolkowska, 2007; Edwards, 1998).

primera vez está llena de miedos, incertidumbres, ansiedades y cargada de expectativas. Éstas, muchas veces se frustran porque lo que se espera de los y las profesionales es, generalmente, ambiguo. Se espera saber experto y objetividad científica pero también cercanía emotiva, empatía, comprensión, contención. Estos últimos ingredientes entre tantos otros, funcionan como indicadores de la construcción de la confianza necesaria para establecer el vínculo paciente – médico o médica en cuestiones de ginecología.

Sin embargo, y a pesar de lo importante de esta confianza cuya presencia fortalece la relación y cuya ausencia la debilita, hay otros factores que interfieren en el mantenimiento o no del o la profesional inicialmente elegida: cambios laborales que producen modificaciones en las obras sociales, cercanía o lejanía del lugar donde concurrir a la consulta ginecológica, lugar de residencia, tiempos de espera, incluso el sentirse identificada o no con las pacientes que atiende regularmente ese o esa ginecólogo. Todos estos factores pueden provocar cambios aún en los casos en que la relación paciente médico o médica se defina satisfactoriamente.

Esto genera algunas consecuencias en las trayectorias de estas pacientes: 1) como no se trata de un padecimiento que requiera continuidad en el tratamiento, una enfermedad crónica - o dentro de ese espectro- sino de controles más o menos regulares de personas en buen estado de salud, el hecho de tener que cambiar de profesional es mucho menos complicado que en los otros casos mencionados. Y, entre pagar más o pagar extra y cambiar de profesional, la solución suele ser, cambiar de profesional. La relación establecida con el o la ginecólogo que se “pierde”, influye en la siguiente elección como punto de comparación, sobre todo si la experiencia anterior ha sido o muy buena o muy mala. Un hecho frecuente es que el cambio de profesional producido a raíz de que la persona con quien se atendían se fue de la cartilla o no está en su obra social o pre – paga, supone un breve recorrido de testeo para encontrar un ginecólogo o ginecólogo de confianza. A modo de hipótesis podría afirmarse que cada cambio implica una *primera vez*, aunque ya existe cierto bagaje previo y una suerte de entrenamiento que les permite manejar mejor la situación y resolver la ambigüedad más eficazmente.

Seguir e intentar reconstruir la trayectoria de las pacientes ginecológicas en los casos analizados es, de cualquier modo, una tarea muy difícil de realizar. En primer lugar porque apelamos a la memoria sobre un evento que se realiza, la mayor parte de las veces bajo el imperativo de la ley: *hay que hacerlo*. Incluso en las más jóvenes y para quienes la experiencia es más cercana, se hace presente esta dificultad para recordar esa *primera vez*, sobre todo si no se liga con ninguna otra experiencia significativa: una

enfermedad, una experiencia que deje huella, un momento particular de sus vidas, una anécdota. Por otra parte, tampoco se facilita la reconstrucción pues se trata de episodios que no necesariamente se relacionan concatenadamente el uno con el otro: son consultas aisladas y desvinculadas entre sí. En general, no hay una enfermedad o un evento más largo que un embarazo que permita unir y enlazar las distintas consultas ginecológicas que una mujer ha tenido a lo largo de su vida. Finalmente, es preciso recordar que se trata de asuntos íntimos y muy personales sobre los que no es sencillo dialogar con una entrevistadora que, igual que su ginecólogo o ginecóloga, se tiene que ganar la confianza.

Sin embargo es posible decir que, la trayectoria del ser paciente ginecológica se mueve en función de ciclos vitales, económicos y contextuales.

10. Bibliografía

- Amorós, Celia (2005), *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Ediciones cátedra, Valencia
- Areskog-Wijma, B. (1987). The gynaecological examination: Women's experiences and preferences and the role of the gynaecologist. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 6, 59-69.
- Barrett, Michèle y Anne Phillips, comp.(2001), *Desestabilizar la teoría. Debates Feministas Contemporáneos*, UNAM – PAIDOS.
- Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., y Robbins, J. A. (1995). The influence of gender on physician practise style. *Medical Care*, 33, 407–416.
- BROWN, Josefina Leonor (2006), “Capítulo consulta ginecológica” en Jones, Libson y Hiller (comp.), *Sexualidades, política y violencia: La marcha del Orgullo GLTTTBI 2005, segunda encuesta*, Antropofagia, Buenos Aires, 2006, pp. 93-102,
- BROWN, Josefina Leonor (2007), *Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra. Lo público y lo privado puestos en cuestión*, tesis de maestría, FLACSO, Buenos Aires
- Brown, Tamburrino, Pecheny (2006), *Salud sexual y reproductiva. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles*. Jornadas de Investigación en Antropología Social, Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Agosto 2006, Buenos Aires, CD-ROOM
- Butler, Judith (2006), *Deshacer el género*, Paidós, Buenos Aires.
- Childs, A. J., Friedman, W. H., Schwartz, M. P., Johnson, M., & Royek, A. B. (2005). Female patients' sex preferences in selection of gynecologists and surgeons. *Southern Medical Journal*, 98(4), 405-408.

- Cobo, Rosa. 1995. *Fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rousseau*. Editorial Cátedra, Madrid.
- Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: An analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*, 10(1), 66-78.
- Delago, A., Lopez-Fernandez, L. A., & Luna, J. D. (1993). Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Medical Care*, 31, 795-800.
- Edwards, S. C. (1998). An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 809-817.
- Emerson 1970 Behavior in private places: sustaining definitions of reality in gynecological examinations. In *Recent Sociologi* (Dreitzel H ed) Macmillan, New York
- Ekeroma, A., & Harillal, M. (2003). Women's choice in the gender and ethnicity of her obstetrician and gynaecologist. *Australian and New Zealand Journal of Obstetric and Gynaecology*, 43, 354-359.
- Foucault ,Michael (1986), *La historia de la sexualidad*, Tomo I: La voluntad de saber, Siglo XXI, México
- Froggatt, K. (1997). Rites of passage and the hospice culture. *Mortality*, 2(2), 123-136.
- Galasinski D. y Ziólkowska J. (2007) Gender and the Gynecological Examination: Women's Identities in Doctors' Narratives, *Qual Health Res* 17; 477
- Guash, Oscar (2000), *La crisis de la heterosexualidad*, Ed Laertes, Barcelona.
- Guilligan, Carol (1984), *In a diferente Voice: Psychological theory and moral education*, Berckely.
- Helman, C. (2001). *Culture, health and illness* (4th ed.). London: Arnold.
- Hennigen, L., Kollar, L. M., y Rosenthal, S. L. (2000). Methods for managing pelvic examination anxiety: Individual differences and relaxation techniques. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(1), 9-12.
- Jaggar, Alison (1966), "Ética feminista: algunos temas para los años noventa" en Castells, Carme (comp), *Perspectivas feministas en teoría política*, Paidós, España.
- Johnson, A. M., Schnatz, P. F., Kelsey, A. M., & Ohannessian, C. M. (2005). Do women prefer care from female or male obstetrician-gynecologists?: A study of patient gender preference. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(8), 369-379.
- Lesch E. y Kruger L (2005) Mothers, daughters and sexual agency in one low-income South African community *Social Science & Medicine* 61 1072–1082
- Lovinbond, sabina (1995), "Ética meternalista: una evaluación feminista", en *Feminaria* año VIII, Nº 15, Buenos Aires.
- Maffía, Diana (1993): "Feminismo y epistemología", en *Feminaria*, año VI, Nº 10, Buenos Aires.
- Maffía, Diana (1994): "Lógica, sexualidad y política", en *Feminaria* año VII, Nº 12, Buenos Aires.

- Maffía, Diana (comp) (2003), sexualidades migrantes, Ed. Feminaria, Buenos Aires.
- Maffía, Diana (2005): “El contrato moral” en Elisa Carrió y Diana Maffía (comps), *Búsquedas de sentido para una nueva política*, Instituto Hannah Arendt – Paidós, Buenos Aires.
- Mazzarella, S. R., & Odom Pecora, N. (Eds.). (1999). *Growing up girls: Popular culture and the construction of identity*. New York: Peter Lang Publishing.
- Meerabeau, L. (1999). The management of embarrassment and sexuality in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1507-1513.
- Mendez, A., Shymansky, J. A., & Wolrach, M. (1986). Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information. *Medical Education*, 20, 437-443.
- Moettus, A. Sklar, D., & Tandberg, D. (1999). The effect of physician gender on women’s perceived pain and embarrassment during pelvic examination. *American Journal of Emergency Medicine*, 17(7), 635-637.
- Noddings, Nel (1990), *Caring. A feminism approach to ethics and moral education*, Londres.
- Olson, B (1981) patient comfort during pelvis examiantion: New foot supports vs. metal stirrups. *JOGN – Nursing* 10, 104-7
- Ortega y Gasset, José (s/f): *Ideas y creencias*, Revista de occidente
- Oscarsson, M., y Benzein, E. (2002). Women’s experiences of pelvic examination: An interview study. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 23, 17-25.
- Pateman, Carole (1995): *El Contrato Sexual*, Anthropos, Barcelona.
- Pecheny y Manzelli (2004), *El retorno del cuerpo en tiempos del neoliberalismo*” en www.ciudadaniasexual.org (disponible en julio 2004).
- Ragan (1990) Verbal play and multiple goals in the gynaecological exam interaction, *Journal of language and social psychology*, Vol 9, 1-2
- Reddy, D. M., y Wasserman, S. (1997). Behavioral indicators of patient anxiety during a gynecological examination. *Journal of Reproductive Medicine*, 42, 631-636.
- Rossiera, C; Guiellab, G.; Oue´ draogob, A.; Thie´ bac, B. (2006) Estimating landestine abortion with the confidants method—results from Ouagadougou, Burkina Faso *Social Science & Medicine* 62, 254-266
- Roter,D., Lipk in Jr.,M., &Korsgaard, A. (1991). Sex differences in patients’ and physicians’ communication during primary care medical visits. *Medical Care*, 29, 1083-1093.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (1997). *Intimate examinations: Report of working party*. London: RCOG.
- Ruddick, Sara (1990), *Maternal Thinking: towards a policy of peace*, Londres.
- Sandelowski, M. (2000). “This most dangerous instrument”: Property, power, and the vaginal speculum. *Journal of Obstetric,Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG*, 29, 73-82.
- Sieving, R., McNeely, C. S., & Blum, R. Wm. (2000). Maternal expectations, mother-child connectedness, and adolescent sexual debut. *Archives of Pediatrics &*

Adolescent Medicine, 154, 809–816.

- Strasser, Carlos (1979): La razón científica en Política y Sociología, Amorrourtu, Buenos Aires.
- Tronto, Joan (1987), “Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado en Signs *Journal of Women in Culture and Society*, vol. 12, University of Chicago.
- Uskula,b, A. Ahmadb, F (2003) Physician–patient interaction: a gynecology clinic in Turkey *Social Science & Medicine* 57 (2003) 205–215
- Vendrell Ferré, Joan. 2004, El debate esencialismo – constructivismo en la cuestión sexual, en Gloria CAREAGA y Salvador Cruz (coord), *Sexualidades Diversas (Aproximaciones para su análisis)*, PUEG, UNAM, México.
- Wasserman, R. C., Inui, T. S., Barriatua, R. D., Carter, W. B., y Lippincott, P. (1984). Pediatric clinicians’ support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician–parent interaction. *Pediatrics*, 13, 183–199.
- Weber, Max (2001): Ensayos sobre metodología sociológica, Amorrortu, Buenos Aires
- WEEKS, Jeffrey .1998. *Sexualidad*, PUEG – UNAM, Paidós, Buenos Aires
- Weijts, W., Widdershoven, G., & Kok, G. (1991). Anxiety scenarios in communication during gynaecological consultations. *Patient Education and Counseling*, 18, 149-163.
- Weiss, L., y Meadow, R. (1979). Women’s attitudes toward gynecologic practices. *Obstetric and Gynecology*, 54(1), 110-114.
- Wright, C., Fenwick, J., Stephenson, P., & Monterosso, L. (2005). Speculum “self-insertion”: A pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1098-1111.
- Young, Iris Marion (1996). Vida política y diferencia de grupos: una crítica del ideal de ciudadanía universal. En Carme Castells (comp.). *Perspectivas feministas en teoría política*. Paidós, España.