

Desarrollo y Validación: Escala de Violencia Gineco–Obstétrica en Salud Pública

Development and Validation of the Gynecological–Obstetric Violence Scale in Public Health

Brenda Rodríguez Aguilar¹, Germán Benito Bernáldez Jaimes² y Karen Nelly Villasana Hernández³

Resumen

Este estudio desarrolla y valida una escala para medir la violencia gineco-obstétrica (VGO) en el sistema de salud pública del Estado de México. El instrumento, basado en un enfoque ecosistémico, abarca tres dimensiones: violencia obstétrica, ginecológica institucional y social. Se aplicó a 374 mujeres de 15 a 50 años atendidas en hospitales públicos. Los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio confirmaron una estructura de tres factores que explicaron el 57.20% de la varianza total. La escala mostró alta confiabilidad (α de Cronbach=.96) y validez concurrente mediante correlaciones con instrumentos previos. Los resultados sugieren que esta escala es una herramienta válida y confiable para evaluar la VGO, facilitando el diseño de políticas públicas y estrategias de intervención. Se recomienda su aplicación en estudios futuros para validar su uso en diversos contextos y evaluar su capacidad predictiva en distintos entornos de atención médica.

Palabras clave: violencia ginecológica, violencia obstétrica, salud reproductiva, violencia de género, derechos humanos

Abstract

This study aims to develop and validate a scale to measure gynecological-obstetric violence (GOV) within the public health system in the State of Mexico. The instrument, based on an ecosystemic approach, includes three key dimensions: obstetric violence, institutional gynecological violence, and social gynecological violence. It was applied to a probabilistic sample of 374 women aged 15 to 50 who received medical care in public health institutions. Exploratory and confirmatory factor analyses confirmed a three-factor structure explaining 57.20% of the total variance. The scale demonstrated high reliability (Cronbach's α =.96) and strong concurrent validity through correlations with previously validated instruments. Findings indicate that this scale is a valid and reliable tool for assessing GOV in public health settings, supporting the development of policies and interventions for its prevention and eradication. Future research should explore its cross-cultural validity and predictive capacity in diverse healthcare environments.

Keywords: gynecological violence, obstetric violence, reproductive health, gender-based violence, human rights

¹Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Av. Filiberto Gómez s/n, Guadalupe, Barrio de Tlacopa, 50010 Toluca de Lerdo, México. Tel.: 52 5578700849. Correo: psiquebren@yahoo.com.mx

²Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Av. Filiberto Gómez s/n, Guadalupe, Barrio de Tlacopa, 50010 Toluca de Lerdo, México. Tel.: 52 722500800. Correo: nozsbx@gmail.com

³Licenciada en Psicología. Egresada de la Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México. Av. Filiberto Gómez s/n, Guadalupe, Barrio de Tlacopa, 50010 Toluca de Lerdo, México. Tel.: 52 7227475134. Correo: karen_nelly123@hotmail.com

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°79 · Vol. 1 · 149-164 · 2026

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Introducción

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2022) establece que la salud sexual y reproductiva forma parte constitutiva e ineludible del derecho humano a la salud integral, entendido este último como un estado de bienestar que trasciende la mera ausencia de enfermedad incorporando dimensiones físicas, mentales y sociales. Desde esta perspectiva, se enfatiza la necesidad de garantizar condiciones de acceso equitativo a información científica, servicios de calidad y entornos seguros que posibiliten el ejercicio pleno, libre e informado de los derechos sexuales y reproductivos, sin discriminación ni coerción, acordes con los principios de justicia social y autonomía personal.

En este marco, instrumentos internacionales clave, como la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* en el Cairo en 1994 y la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* en Beijing en 1995, consolidaron la noción de salud reproductiva como un estado de bienestar biopsicosocial que trasciende la ausencia de enfermedad y abarca la capacidad de decidir de manera autónoma sobre la vida sexual y reproductiva, con acceso equitativo a recursos y servicios de salud (Galoviche, 2016; Gobierno de México, 2023; ONU, 1995; ONU, 2022).

Desde una perspectiva sustentada en los marcos normativos internacionales de los Derechos Humanos, la salud reproductiva ha sido definida como la garantía fundamental que permite a toda persona vivir una vida sexual plena, segura y libremente elegida, así como tomar decisiones informadas sobre su capacidad reproductiva, sin estar expuesta a coerción, discriminación ni violencia (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres [CONAVIM], 2018). En este marco, se reconoce la autonomía personal para decidir sobre el número de hijas e hijos, el espaciamiento entre nacimientos, y el acceso a los recursos, servicios e información necesarios para ejercer tales elecciones de manera efectiva (Facio, 2008; Naciones Unidas Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado, 2014). Esta conceptualización implica no solo el reconocimiento legal, sino también la creación de condiciones estructurales que posibiliten el ejercicio libre, informado y

responsable de la sexualidad y la reproducción, en consonancia con los principios de dignidad, equidad y justicia social.

Adicionalmente, se contempla el derecho a alcanzar el nivel más alto posible de salud sexual y reproductiva, entendido no sólo como el acceso a servicios biomédicos, sino también como la posibilidad de ejercer la maternidad o paternidad de manera libre, responsable e informada, en condiciones de dignidad y respeto a la diversidad de experiencias y contextos sociales.

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2013) reforzó la primacía de los Derechos Humanos, la igualdad y la laicidad como principios universales, priorizando el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. No obstante, persisten vacíos estructurales en la legislación mexicana que limitan el acceso efectivo a servicios que garanticen el ejercicio pleno de estos derechos (Proyecto de Decreto, 2023).

La violencia obstétrica constituye una expresión normalizada de la violencia de género institucional, la cual se manifiesta desde el primer contacto de las mujeres con los servicios ginecológicos, que va desde los estigmas o negaciones a proporcionar información sobre métodos anticonceptivos o atención prenatal, y de muestra la existencia de barreras estructurales y simbólicas dentro del sistema de salud, que operan como mecanismos de control social sustentados en mandatos culturales y prácticas médicas patriarcales (Al Adib et al., 2017; Arguedas, 2015); por lo que su reconocimiento es esencial para construir sistemas sanitarios justos, democráticos y humanizados (Rodríguez & Martínez, 2021).

Mientras que la violencia ginecológica es una manifestación de la violencia de género que se produce en los servicios de salud, donde se vulneran los derechos de las mujeres mediante prácticas médicas que desconocen su autonomía y dignidad, es decir se expresa en acciones deshumanizadas, negligentes o sin consentimiento, que reflejan un uso de poder desigual del personal sanitario sobre el cuerpo de la mujer, afectando su salud física, emocional y reproductiva (Ulloa-Martínez et al., 2022).

La violencia obstétrica y la ginecológica surgen desde la raíz en la desigualdad de género en

el sistema de salud, aunque ocurren en contextos distintos, ya que la primera se asocia al embarazo y parto, mientras que la segunda puede darse en cualquier atención vinculada a la salud sexual o reproductiva.

En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ([CPEUM], 1917) establece en su artículo 4º el derecho de toda persona a la protección de la salud. De igual forma, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México ([L.G.A.M.V.L.V.], 2008) refuerza el compromiso de garantizar una vida sin violencia para las mujeres en México, ya que reconoce la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional ejercida por personal médico, de enfermería o administrativo; y entre sus manifestaciones se incluyen la negación de tratamientos de fertilidad, la imposición de prácticas no consentidas, el impedimento del apego temprano entre madre e hijo y la vulneración del derecho a decidir sobre el propio cuerpo

A nivel nacional, Veracruz, Chiapas, Estado de México, Quintana Roo, Ciudad de México y Guerrero han tipificado la violencia obstétrica en sus códigos penales (Morlachetti, 2007). Sin embargo, no ha sido suficiente para erradicar las prácticas que perpetúan la subordinación de las mujeres en el ámbito sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso intencional de la fuerza o del poder que puede ocasionar daño físico, psicológico o incluso la muerte, y reconoce la violencia obstétrica como una violación de derechos humanos y un problema de salud pública global (Krug et al., 2002; OMS, 2023). En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares reporta que el 33.4 % de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron cesárea y el 29.6 % de quienes dieron a luz por parto vaginal experimentaron algún tipo de maltrato obstétrico (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022). El 19.5 % sufrió violencia psicológica o física y el 23.7 % fue sometida a procedimientos médicos sin consentimiento informado. La violencia obstétrica engloba conductas de acción y omisión de carácter institucional, estructural, simbólico, psicológico y sexual (Shrivastava & Sivakami, 2020). Entre sus formas más frecuentes se encuentran la aceleración injustificada del trabajo de parto mediante

oxitocina, la maniobra de Kristeller, el uso indebido de fórceps y el trato despectivo o humillante (Bitencourt et al., 2022; Jojoa et al., 2019; Perdomo et al., 2019).

En síntesis, la violencia gineco-obstétrica engloba conductas y omisiones que vulneran la dignidad y autonomía de las mujeres en su vida reproductiva. No se trata únicamente de una práctica médica inadecuada, sino de una forma de violencia de género invisibilizada, presente a lo largo del ciclo vital femenino (Cárdenas et al., 2020; Cuello, 2014; Gómez de la Cortina, 2023; Hernández, 2021; Iglesias, 2019).

La violencia hacia las mujeres en contextos ginecológicos y obstétricos implica prácticas que restringen la autonomía y vulneran la dignidad femenina destacan que estas agresiones a menudo son encubiertas y forman parte de patrones de violencia social normalizada que afectan la vida cotidiana de las mujeres (Vinagre et al., 2020), además se subraya la necesidad de contar con instrumentos de medición que identifiquen tanto la violencia explícita como la implícita dentro del sistema de salud, permitiendo evaluar su frecuencia y características (Aparicio & Vinagre, 2022), esto fundamentado en que la evaluación de la respuesta sexuales fundamental para comprender cómo estas violencias impactan la salud sexual y emocional de las mujeres, aportando evidencia para la prevención y la intervención en contextos gineco-obstétricos (Bastidas & Prieto, 2024).

Un obstáculo persistente para su erradicación es el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las usuarias y en la insuficiente capacitación del personal médico para prevenir y detectar estas violencias, trayendo como consecuencias la morbilidad emocional, depresión posparto, estrés postraumático, dolor crónico e incontinencia urinaria (Cárdenas et al., 2021; Chávez & Sánchez, 2018; Mena et al., 2020).

Al respecto pese a que se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar la violencia obstétrica y ginecológica, entre los cuáles se encuentran el *PercOV-S Questionnaire* (Mena et al., 2020) el cual está dirigido al personal de salud y estudiantes para analizar percepciones institucionales sobre la atención al parto; la *Escala de Violencia Obstétrica* (Cárdenas & Salinero, 2021) y la *Escala de Violencia Ginecológica* (Cárdenas, Salinero, & García, 2020), las cuales

exploran la experiencia directa de las mujeres usuarias del sistema sanitario, lo metodológicamente permite identificar diferentes niveles de análisis del fenómeno que va desde la práctica institucional a la vivencia subjetiva. En México, los instrumentos disponibles han tendido a centrarse en la percepción del personal médico, lo que ha dejado un vacío empírico respecto a la experiencia de las mujeres atendidas en instituciones públicas. El presente estudio busca llenar ese vacío mediante el diseño y validación de un instrumento dirigido exclusivamente a mujeres usuarias, capaz de capturar sus experiencias, percepciones y afectaciones emocionales durante la atención ginecológica y obstétrica.

En consecuencia, este estudio tiene como objetivo la construcción y validación psicométrica de una Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO) para mujeres mexiquenses atendidas en instituciones públicas de salud, aportando evidencia científica sobre un fenómeno poco explorado desde la perspectiva de las usuarias.

Materiales y Métodos

Participantes

La población de estudio se derivó de un universo de 146,013 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) residentes en el municipio de Toluca, Estado de México, derechohabientes de instituciones públicas de salud (IMSS, ISSEMyM, ISEM e ISSSTE). El tamaño de muestra se calculó para estudios transversales, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, mediante muestreo aleatorio simple y estratificado por hospital. El cuestionario fue aplicado por personal de psicología adscrito a la Clínica de Atención al Trastorno por Estrés Postraumático del ISSEMYM en Toluca, entre los meses de enero y mayo de 2023, en seis hospitales públicos del municipio.

Para la fase de análisis factorial exploratorio (AFE) participaron 374 mujeres de entre 15 y 50 años, mientras que la muestra para el análisis factorial confirmatorio (AFC) estuvo conformada por otras 380 mujeres con características sociodemográficas equivalentes, garantizando la validación cruzada y la independencia entre muestras.

Consideraciones éticas

Dado que la muestra incluyó participantes desde los 15 años de edad, el protocolo cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki, las disposiciones de la NOM-012-SSA3-2012 sobre investigación en seres humanos, y las directrices de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014).

Las mujeres mayores de edad firmaron un consentimiento informado por escrito, mientras que las menores contaron con consentimiento firmado por sus tutores legales y asentimiento informado para su participación voluntaria. Se aseguró la confidencialidad, anonimato y protección de datos personales conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (DOF, 2017). El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Regional Toluca ISSEMYM (Oficio No. HRT/CBI/2023-12).

Procedimiento

El desarrollo metodológico de la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO) se estructuró en cuatro fases secuenciales, orientadas a la construcción, validación y análisis psicométrico del instrumento.

Primera fase. Diseño y construcción de la EVGO

Previo al diseño de la escala, se efectuó una revisión sistemática de literatura publicada entre 2018 y 2023, centrada en los modelos teóricos de violencia ginecológica y obstétrica, así como en instrumentos previos de medición tomando en cuenta los propuestos por Castro & Frías (2019), Cárdenas & Salinero (2021) y Perdomo et al. (2019).

El objetivo fue identificar dimensiones, indicadores conductuales y contextos institucionales asociados a la violencia durante la atención de la salud sexual y reproductiva. Posteriormente, se realizaron tres grupos focales integrados por profesionales de la salud (psicología, medicina, enfermería y trabajo social) provenientes de los hospitales de Toluca e ISSEMYM Metepec, quienes discutieron los conceptos clave: derechos humanos, perspectiva de género, Norma Oficial Mexicana NOM-046-

SSA2-2005, y dinámicas institucionales de atención. De este proceso emergieron tres categorías centrales que dieron estructura inicial al instrumento: Violencia obstétrica (VO) – prácticas coercitivas, negligencia o trato deshumanizado durante la atención del parto o posparto; violencia ginecológica institucional (VGI) – conductas normalizadas o invisibilizadas dentro de los servicios médicos; violencia ginecológica social (VGS) – expresiones socioculturales de discriminación o medicalización de la salud femenina. Con base en estas categorías se elaboró una escala tipo Likert de cinco puntos, con opciones de respuesta que iban desde casi nunca (1) hasta casi siempre (5), dando origen a la versión inicial de la EVGO compuesta por 45 ítems.

Segunda fase. Validación de contenido

La validación de contenido se realizó con la colaboración de un panel de cinco especialistas en salud pública, género y psicología clínica, seleccionados por su experiencia en evaluación psicométrica y atención hospitalaria.

Cada experto evaluó la pertinencia, coherencia, claridad y relevancia teórica de los ítems mediante una escala ordinal de cuatro puntos. El nivel de concordancia interjueces se estimó mediante el índice Kappa de Cohen (κ), alcanzando un valor promedio de $\kappa=.84$, lo que indica acuerdo sustancial. Tras esta fase, se aplicó una versión piloto de la EVGO a 100 mujeres usuarias del Hospital Regional Toluca ISSEMYM, con el objetivo de identificar ítems ambiguos o redundantes. Como resultado, la escala se depuró a 30 ítems agrupados en tres dimensiones, conservando la estructura propuesta.

Tercera fase. Evaluación exploratoria de la estructura factorial

Entre enero y mayo de 2024, la EVGO fue administrada a la primera muestra ($n=374$) conformada por mujeres de 15 a 49 años que acudían a servicios de ginecología y urgencias ginecológicas en instituciones del Estado de México.

La distribución de la muestra fue: 47 % IMSS, 22 % ISSEMYM, 26 % ISEM y 5 % ISSSTE. Se efectuó un análisis factorial exploratorio (AFE) utilizando el método de máxima verosimilitud con rotación Varimax, considerando saturaciones $\geq .70$ para la retención de ítems.

Se aplicaron los criterios de Kaiser-Guttman (1960), gráfico de sedimentación (scree plot) y análisis paralelo de Horn (1967) para la determinación de factores.

Cuarta fase. Análisis factorial confirmatorio

El análisis factorial confirmatorio (AFC) se realizó con la segunda muestra ($n = 380$) para verificar la estabilidad de la estructura factorial obtenida en la fase anterior. Se utilizó el método de máxima verosimilitud robusta (MLR) sobre una matriz de correlaciones policóricas, procesada con los programas IBM SPSS Amos v24 y SPSS v25.0. Los índices de ajuste considerados fueron:

χ^2 de Satorra-Bentler, Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI/NNFI), Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), Root Mean Square Residual (RMR) y Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA).

Los resultados mostraron buenos índices de ajuste (CFI $>.90$, RMSEA $<.08$), confirmando la validez estructural de la EVGO.

Instrumentos

Además de la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO), se aplicaron dos instrumentos previamente validados para establecer la validez concurrente:

Escala de Violencia Obstétrica (EVO), desarrollada por Cárdenas y Salinero (2021), conformada por 14 ítems en formato Likert y la Escala de Violencia Ginecológica (EVG), propuesta por Perdomo, Rodríguez y Hernández (2019), compuesta por 13 ítems.

La validez concurrente de la EVGO se analizó mediante correlaciones de Pearson entre las puntuaciones totales y las subescalas de la EVGO y las escalas EVO y EVG, siguiendo los criterios de interpretación de Cohen (1988): $r=.10$ (baja), $r=.30$ (moderada) y $r\geq .50$ (alta).

Análisis estadístico

Para la validez de contenido, se utilizó la prueba Kappa de Cohen para medir la concordancia interjueces. En la consistencia interna, se calcularon los coeficientes α de Cronbach y Guttman Split-Half, junto con la correlación ítem-total corregida para evaluar la discriminación de los reactivos. Las propiedades

psicométricas básicas (media, desviación estándar, asimetría y curtosis) se estimaron para evaluar la distribución de los ítems. La validez discriminante se determinó comparando dos grupos: Grupo clínico, conformado por mujeres con antecedentes y Grupo normativo, compuesto por mujeres sin antecedentes reportados.

Se emplearon la *t* de Student y el estadístico *g* de Hedges para contrastar medias, y las pruebas χ^2 y coeficiente Φ para diferencias en ítems individuales. Posteriormente, se realizó un análisis de la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para definir puntos de corte diagnósticos de la EVGO y sus subescalas.

Finalmente, un análisis discriminante multivariado permitió identificar qué dimensiones contribuían de manera más significativa a la clasificación de casos de violencia. El procesamiento estadístico se efectuó con los programas IBM SPSS (versión 25.0), AMOS v24 y Araw Diagnostic Test Calculator.

Resultados

Con base en el criterio de Kaiser-Guttman o de raíz latente, se identificaron tres factores con valores propios superiores a 1.0, con autovalores de 42.7, 10.0 y 4.3, los cuales explicaron conjuntamente el 57.20% de la varianza total de los ítems. Posteriormente, se aplicó el análisis paralelo de Horn, basado en 1,000 muestras aleatorias, obteniendo resultados congruentes con la presencia de tres factores, cuyos valores propios (42.7, 10.0 y 4.3) superaron los valores obtenidos en muestras aleatorias (.90, .72 y .70) (ver Tabla 1). Asimismo, se presentan los resultados del análisis factorial exploratorio (AFE) realizado sobre la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO). El análisis, efectuado mediante el método de máxima verosimilitud con rotación Varimax, identificó una estructura trifactorial coherente con el modelo teórico planteado; el Factor 1, denominado Violencia Ginecológica Institucional, agrupó ítems con saturaciones factoriales comprendidas entre .627 y .735, reflejando prácticas relacionadas con el trato inadecuado, la negligencia y la falta de información durante la atención ginecológica; el Factor 2, correspondiente a la Violencia Obstétrica, mostró cargas factoriales entre .642 y .672, asociadas a experiencias de coerción, abuso verbal

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio de la escala VGO

Ítem	Factor 1: Violencia Ginecológica Institucional	Factor 2: Violencia Obstétrica	Factor 3: Violencia Ginecológica Social
r1	.627		
r2	.708		
r3	.722		
r4	.735		
r8		.847	
r9		.779	
r10		.803	
r11		.666	
r5			.642
r6			.672
r7			.625

Nota. Se muestran solo los valores superiores a .60.

o procedimientos invasivos sin consentimiento informado durante el parto o posparto; el Factor 3, identificado como Violencia Ginecológica Social, presentó saturaciones entre .666 y .847, evidenciando la influencia de estigmas socioculturales, discriminación y control médico sobre el cuerpo femenino. En todos los casos, se conservaron los ítems con cargas factoriales superiores a .60, valor considerado indicativo de una contribución significativa al factor correspondiente (Hair et al., 2019). La estructura factorial obtenida explica un porcentaje sustancial de la varianza total, confirmando la coherencia interna y la validez estructural preliminar de la EVGO.

En cuanto a la fiabilidad, los coeficientes obtenidos evidencian una consistencia interna alta en las tres dimensiones evaluadas. Los valores del alfa de Cronbach y del método de división por mitades oscilaron entre .890 y .933, lo que indica una adecuada homogeneidad entre los ítems y estabilidad de las respuestas. Dado que los tres factores de la EVGO alcanzaron niveles satisfactorios de confiabilidad, se calcularon sus puntuaciones factoriales mediante la sumatoria directa de las respuestas de las participantes en cada ítem correspondiente. Posteriormente, se efectuó un análisis descriptivo de los puntajes obtenidos en cada subescala, estimando estadísticos de tendencia central, dispersión, asimetría y curtosis, con el propósito de valorar la distribución y variabilidad de las puntuaciones.

Las subescalas de Violencia Ginecológica Institucional (VGI) y Violencia Obstétrica (VO)

Tabla 2. Propiedades psicométricas básicas de la escala VGO

Factor	Nº Ítems	Rango	M	DE	Asimetría	Curtosis	α de Cronbach	Dos mitades
Violencia Ginecológica Institucional	4	.00-4	.82	.86	1.0	.83	.890	.899
Violencia Obstétrica	4	.00-4	1.63	1.3	.25	-1.2	.801	.801
Violencia Ginecológica Social	3	.00-4	.65	.78	1.2	1.56	.933	.922

Tabla 3. Validez concurrente de la escala VGO

Variable	Violencia Obstétrica	Violencia Ginecológica	Violencia Ginecológica Social
Violencia Ginecológica Institucional	.70*	.69*	
Violencia Obstétrica		.68*	
Violencia Gineco-Obstétrica	.65*	.68*	

Nota. * $p < .01$.

presentaron coeficientes de variación superiores a .10 y rangos intercuartílicos mayores a .10, lo que sugiere una alta dispersión de las respuestas y, por tanto, una adecuada capacidad discriminativa de los ítems dentro de cada dimensión. En conjunto, los resultados confirman la solidez psicométrica y consistencia interna de la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO) en la población evaluada (ver Tabla 2).

Para evaluar la validez concurrente de la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO), se analizaron las correlaciones entre sus tres dimensiones y dos instrumentos previamente validados que miden constructos relacionados: la Escala de Violencia Obstétrica (EVO) desarrollada por Cárdenas y Salinero (2021) y la Escala de Violencia Ginecológica (EVG) propuesta por Perdomo, Rodríguez y Hernández (2019). Ambas escalas han mostrado adecuados índices psicométricos en población mexicana ($\alpha=.83$ y $RMSEA<.07$), por lo que se consideran medidas válidas y fiables para el contraste empírico de la EVGO.

Los análisis de correlación de Pearson (r) evidenciaron asociaciones positivas y significativas ($p<.01$) entre las dimensiones de la EVGO y las escalas comparativas (ver Tabla 3). En particular, se observaron correlaciones altas entre la Violencia Ginecológica Institucional ($r=.70$) y la Violencia Obstétrica ($r=.68$), así como entre la Violencia Ginecológica Social ($r=.69$) y las escalas concurrentes. De acuerdo con los criterios de Cohen (1988), los coeficientes entre .50 y .70

representan correlaciones de magnitud alta, lo que confirma la validez convergente del instrumento, al evidenciar que la EVGO se asocia de manera consistente con medidas que evalúan constructos afines. En conjunto, estos resultados respaldan la validez concurrente y la coherencia teórica de la EVGO, demostrando que las tres subescalas (Violencia Ginecológica Institucional, Violencia Obstétrica y Violencia Ginecológica Social) conforman dimensiones complementarias pero interrelacionadas del fenómeno de la violencia gineco-obstétrica.

Estructura factorial

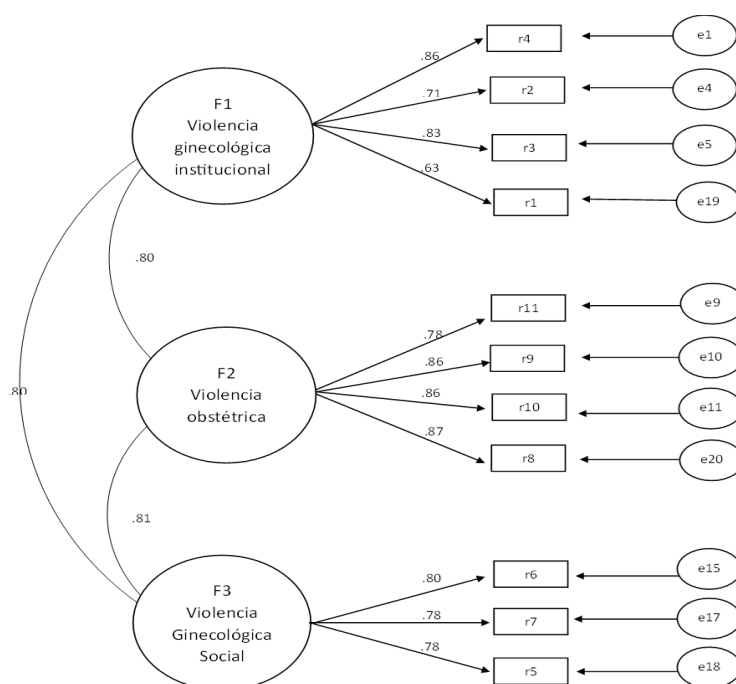
La Tabla 4 muestra los valores de los índices de ajuste correspondientes al análisis factorial confirmatorio (AFC) realizado para la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO). El modelo se estimó con base en la estructura teórica tridimensional propuesta y contrastada con el modelo de Fimian et al. (1989), el cual considera tres factores interrelacionados: Violencia Ginecológica Institucional (VGI), Violencia Obstétrica (VO) y Violencia Ginecológica Social (VGS).

El modelo final, representado en la Figura 1, estuvo compuesto por tres variables latentes y once indicadores observados, distribuidos de la siguiente manera: cuatro ítems para la dimensión de VGI, cuatro para VO y tres para VGS. Las cargas factoriales estandarizadas fueron todas significativas ($p<.001$) y superiores a .70, lo que evidencia una fuerte relación entre los indicadores y sus factores subyacentes, así como una adecuada representatividad de los constructos teóricos. Los índices globales de ajuste (ver Tabla 4) mostraron valores dentro de los rangos recomendados en la literatura (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2016): $S-B\chi^2/df=1.79$, $CFI=.941$, $NFI=.900$, $NNFI=.950$, $GFI=.973$, $AGFI=.950$, $SRMR=.04$, y $RMSEA=.046$ (IC 90% [.029-.063]). Estos resultados indican un ajuste óptimo y parsimonioso del modelo, con niveles adecuados de bondad de ajuste absoluto, incremental y de parsimonia

Tabla 4. Valores de los índices de ajuste de los modelos de tres factores de la Violencia Gineco-Obstétrica

Muestra total	S-Bx2= X2	CFI	NFI	NNFI	GFI	AGFI	SRMR	PCFI	FMIN	RMSEA
			.900							
Tres Factores	1.79	.941	[RFI .832 Y FI .945 TRI .903]	.900	.973	.950	.04	.679 [PRATIO.759 PNFI .610]	.205 [.040- .172]	.046 [.029-.063]

Nota. Índices corregidos (método robusto); S-Bx²=X² escalado de Satorra-Bentler, dividido entre grados de libertad, índice de bondad de ajuste comparativo; CFI, índice de ajuste normalizado; NFI, Índice de ajuste no normalizado; NNFI, índice de bondad de ajuste; GFI, índice de bondad de ajuste ajustado; AGFI, residual cuadrático medio estandarizado; SRMR, índices de parsimonia; PCFI y FMIN, error cuadrático medio de aproximación e intervalo de confianza entre corchetes; RMSEA

**Figura 1.** Diagrama de ruta del modelo SEM para la escala de Violencia Gineco-Obstétrica

Nota. [F1] → (β12) → [F2]; [F1] → (β13) → [F3]; [F2] → (β23) → [F3]; [F1, F2, F3] → Ítems observados

Tabla 5. Diferencias de medias y tamaño del efecto entre grupos clínico y normativo

Factor	Grupo Clínico (M ± DT)	Grupo Normativo (M ± DT)	t	g	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Violencia Ginecológica Institucional	1.8 ± 0.50	0.50 ± 0.77	-17.4	-1.35	-1.5	-1.21
Violencia Obstétrica	3.0 ± 1.20	1.20 ± 0.72	-13.6	-2.87	-2.09	-1.56
Violencia Ginecológica Social	1.51 ± 0.37	0.37 ± 0.61	-16.9	-1.8	-1.29	-1.02
VGO General	2.19 ± 0.71	0.71 ± 0.40	-23.97	-1.47	-1.59	-1.35

(PCFI=.679, PNFI=.610). Asimismo, las correlaciones entre los factores latentes oscilaron entre .80 y .81, reflejando una relación positiva y consistente entre las tres dimensiones sin evidenciar problemas de solapamiento conceptual o redundancia excesiva. Dichos valores son coherentes con la hipótesis teórica de que la violencia gineco-obstétrica constituye un constructo multidimensional compuesto por manifestaciones institucionales, obstétricas y sociales interdependientes.

Validez discriminante

La validez discriminante de la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO) se evaluó comparando las puntuaciones entre dos grupos independientes: un grupo clínico, conformado por mujeres que reportaron experiencias de violencia gineco-obstétrica durante la atención médica, y un grupo normativo, integrado por mujeres sin antecedentes de violencia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (ver Tabla 5). Las puntuaciones totales de la EVGO, así como las

correspondientes a cada una de sus tres subescalas, permitieron distinguir de manera estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p<.001$). Los valores de t de Student oscilaron entre -13.6 y -23.97 , con tamaños del efecto (g de Hedges) comprendidos entre -1.35 y -2.87 , lo que representa efectos grandes según los criterios de Cohen (1988). Estos resultados indican que la escala posee una alta capacidad discriminativa global, al diferenciar con claridad los niveles de violencia percibida en mujeres expuestas frente a las no expuestas. De igual manera, el análisis por ítems individuales (ver Tabla 6) evidenció diferencias significativas en todos los reactivos de la EVGO ($p<.001$). Los tamaños del efecto, expresados mediante el coeficiente Φ , variaron entre $.486$ y $.676$, lo que denota una potente capacidad de discriminación de los ítems entre los grupos clínico y normativo. En particular, los ítems $r7$ (“Trato irrespetuoso durante la revisión”) y $r8$ (“Negativa de información sobre procedimientos”) mostraron las mayores diferencias, reflejando su relevancia empírica en la identificación de experiencias de violencia institucional y obstétrica. Los hallazgos confirman que la EVGO presenta una validez discriminante sólida, capaz de diferenciar significativamente a las mujeres que han vivido episodios de violencia gineco-obstétrica de aquellas que no los han experimentado, lo que refuerza su utilidad diagnóstica y su pertinencia para la investigación clínica y social en contextos de atención a la salud reproductiva.

Tabla 6. Capacidad discriminativa de los ítems de la escala VGO

Ítem	Grupo Clínico (M $\pm$ DT)	Grupo Normativo (M $\pm$ DT)	χ^2	p	Φ
$r5$	$.36 \pm .70$	$1.44 \pm .78$	149.23	.000	.632
$r7$	$.41 \pm .82$	1.78 ± 1.011	170.77	.000	.676
$r8$	1.04 ± 1.412	2.69 ± 1.9	110.31	.000	.543

Análisis de la Curva ROC de la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO)

El análisis de la Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) de la Escala de Violencia Gineco-Obstétrica (EVGO) se realizó con el propósito de estimar su precisión diagnóstica en la identificación de casos de violencia gineco-obstétrica, considerando los criterios establecidos en la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las

Mujeres. Para la interpretación de las puntuaciones, se definieron puntos de corte basados en la presencia de al menos cuatro de las siguientes conductas u omisiones observadas durante la atención gineco-obstétrica: Maltrato o trato degradante, imposición de prácticas culturales no consentidas, Violación del secreto profesional, abuso de medicalización, consideración del embarazo, parto y posparto como patologías, restricción de la autonomía y la capacidad de decisión sobre el cuerpo y la sexualidad. De acuerdo con estos criterios, 55 de las 374 participantes cumplieron con al menos cuatro de las condiciones mencionadas. Con base en estos datos, el análisis ROC de la puntuación total de la EVGO arrojó un área bajo la curva (AUC) de 0.985 ($p=.005$; IC 95%=.976–.994), lo que indica una precisión diagnóstica excelente (Hosmer, Lemeshow & Sturdivant, 2013).

El cálculo de los puntos de corte se realizó mediante el software Araw Diagnostic Test Calculator, identificando un punto óptimo de corte en 19 puntos, el cual permitió clasificar correctamente al 100% de las mujeres que experimentaron violencia gineco-obstétrica y al 90% de aquellas que no la presentaron, alcanzando una eficacia diagnóstica global del 95% (ver Tabla 7).

Tabla 7. Índices descriptivos de selección para definir los puntos de corte de la Violencia Gineco-Obstétrica a partir de la puntuación total (11 ítems)

Punto de corte	S	E	VP	VN	FN	FP	ED
16	1.0	.804	73	242	0	59	.95
17	1.0	.8014	56	259	0	59	.95
18	1.0	.822	43	272	0	59	.95
19	1.0	0.980	59	286	0	29	.985
20	.897	.838	26	289	3	56	.95
21	.810	.844	17	298	4	55	.95

Nota. S=sensibilidad; E=especificidad; VP=verdaderos positivos; VN=verdaderos negativos; FN falsos negativos; FP=falsos positivos; ED=eficacia diagnóstica.

En términos de clasificación, 345 participantes fueron correctamente identificadas (59 verdaderos positivos y 286 verdaderos negativos), sin falsos negativos y con 29 falsos positivos. La prevalencia estimada fue del 16 %, con una sensibilidad de 1.0 y una especificidad de .908, lo que evidencia una alta capacidad de discriminación entre casos y no casos. Siguiendo la misma metodología, se calcularon las curvas ROC individuales para las

Tabla 8. Puntos de corte de las escalas de la Violencia Gineco-Obstétrica

	Punto de corte	S	E	VP	VN	FN	FP	Prevalencia	Nivel de confianza
Factor 1. Violencia Ginecológica Institucional	4	1.0	1.0	108	266	0	0	29%	97%
Factor 2. Violencia Obstétrica	10	1.0	1.0	98	276	0	0	56%	97%
Factor 3. Violencia Ginecológica Social	3	1.0	1.0	161	213	0	0	43%	95%

Nota. S=sensibilidad; E=especificidad; VP=verdaderos positivos; VN=verdaderos negativos; FN falsos negativos; FP=falsos positivos.

tres subescalas de la EVGO, obteniéndose los siguientes resultados: Violencia Ginecológica Institucional (VGI): AUC=.97 ($p<.001$; IC 95%=.96-.98); Violencia Obstétrica (VO): AUC=.97 ($p<.001$; IC 95%=.97-.98); Violencia Ginecológica Social (VGS): AUC=.95 ($p<.001$; IC 95%=.94-.96).

Los valores de sensibilidad y especificidad correspondientes a los puntos de corte óptimos de cada subescala (ver Tabla 8), todos con una sensibilidad y especificidad igual a 1.0, confirmando una precisión diagnóstica elevada y una excelente capacidad de clasificación de la EVGO tanto a nivel global como por dimensiones. Estos resultados evidencian que la EVGO posee una alta validez diagnóstica y operatividad clínica, lo que la convierte en una herramienta eficaz para la detección y evaluación integral de la violencia gineco-obstétrica en entornos hospitalarios y comunitarios.

Discusión

Los resultados de la presente investigación confirman que la violencia gineco-obstétrica (VGO) es un fenómeno multidimensional y estructural, integrado por tres dimensiones interrelacionadas: violencia obstétrica (VO), violencia ginecológica institucional (VGI) y violencia ginecológica social (VGS). Esta estructura factorial, validada mediante análisis confirmatorio con índices óptimos (CFI=.94; RMSEA=.046), respalda la hipótesis de que la violencia en la atención reproductiva no puede comprenderse únicamente como un evento interpersonal o clínico, sino como una manifestación de desigualdad sistémica, donde los determinantes socioculturales, de género e institucionales se entrelazan (Sadler et al., 2016; Bohren et al., 2019). La consistencia interna

elevada ($\alpha=.890-.933$) y la validez concurrente significativa con escalas previas demuestran la robustez psicométrica de la EVGO, mientras que la curva ROC (AUC = .985) refuerza su potencial diagnóstico. En conjunto, los hallazgos sitúan a la EVGO como un instrumento sensible, confiable y contextualizado para medir la violencia gineco-obstétrica en el sistema de salud mexicano.

La EVGO incorpora una visión relacional y estructural de la violencia. Mientras aquellas escalas se orientan a cuantificar comportamientos de abuso o negligencia en el parto, la EVGO articula dimensiones institucionales y socioculturales, reconociendo la persistencia de prácticas simbólicas y discursivas que legitiman el control sobre el cuerpo femenino, incluso fuera del contexto del parto.

En América Latina, investigaciones como las de Cárdenas y Salinero (2021) en Chile o Mena et al. (2020) en España (adaptada en parte a población migrante latinoamericana) han mostrado estructuras bifactoriales o unifactoriales. Sin embargo, estos instrumentos priorizan la violencia obstétrica sin integrar su relación con formas de violencia ginecológica social (e.g., comentarios moralizantes, negación del placer o estigmatización de la sexualidad).

La EVGO, en cambio, avanza hacia una lectura ecosistémica, coherente con los modelos de violencia estructural (Galtung, 1969) y violencia simbólica (Bourdieu, 1998), al considerar cómo las normas culturales, los prejuicios de género y las dinámicas institucionales se entrecruzan en la experiencia de las usuarias. Asimismo, la EVGO difiere metodológicamente al integrar procedimientos de validación concurrente, discriminante y de precisión diagnóstica, ausentes en varias escalas latinoamericanas, que suelen limitarse a la confiabilidad interna. Este rigor estadístico coloca a la EVGO dentro de los

estándares internacionales de construcción de instrumentos de salud (DeVellis & Thorpe, 2021).

Comparativamente, en el ámbito anglosajón, la Person-Centered Maternity Care Scale (Afulani et al., 2020) y la Mothers on Respect Index (Vedam et al., 2017) priorizan la percepción de respeto y dignidad, pero bajo paradigmas centrados en la “satisfacción usuaria” más que en la denuncia de violencia estructural.

En este sentido, la EVGO constituye una ruptura epistemológica, ya que no mide únicamente la calidad percibida del trato, sino el ejercicio del poder médico sobre los cuerpos y las decisiones reproductivas, concordante con un enfoque alineado con la crítica feminista latinoamericana a la obstetricia tradicional (Castro & Frías, 2019; Diniz, 2018). El análisis comparativo entre México, España y países anglosajones revela diferencias sustantivas en la forma en que la violencia gineco-obstétrica (VGO) se configura, se nombra y se enfrenta institucionalmente. En el contexto mexicano y latinoamericano, la VGO emerge dentro de sistemas de salud públicos caracterizados por altas cargas laborales, escasez de recursos y estructuras jerárquicas verticales, donde el personal médico concentra el poder decisonal y las mujeres son colocadas en una posición de subordinación epistémica (Castro & Frías, 2019; Corral, 2019). La medicalización excesiva del parto, la normalización del dolor y la ausencia de consentimiento informado reflejan una herencia colonial y patriarcal en la organización de los servicios de salud, en la que el cuerpo femenino es tratado como un objeto de intervención más que como sujeto de derechos (Sadler et al., 2016; Diniz, 2018).

En España, el reconocimiento jurídico y social del concepto de violencia obstétrica ha avanzado más rápidamente, aunque con tensiones discursivas respecto a su inclusión formal en la legislación penal y sanitaria (Mena et al., 2020). Las políticas de parto respetado y los movimientos de mujeres han impulsado transformaciones institucionales, pero persisten resistencias en el ámbito médico, donde la violencia se reinterpreta como “malas prácticas” o “errores asistenciales”. Por contraste, en países anglosajones (como Estados Unidos, Reino Unido o Canadá) el debate ha transitado hacia la noción de “mistreatment” o “disrespect

and abuse” durante el parto (Bohren et al., 2019; Freedman et al., 2018), abordado principalmente desde la calidad del cuidado y los derechos del paciente, más que desde una perspectiva de género estructural. Estas diferencias conceptuales reflejan modelos culturales divergentes: mientras el enfoque latinoamericano enfatiza las relaciones de poder, desigualdad y dominación simbólica, el anglosajón privilegia la responsabilidad profesional y la experiencia usuaria. La EVGO, en este sentido, aporta una lectura intermedia y crítica, al recuperar el componente estructural latinoamericano con el rigor psicométrico internacional, contribuyendo así al diálogo intercultural sobre el derecho a una atención gineco-obstétrica libre de violencia.

El principal aporte del presente estudio radica en haber desarrollado un instrumento psicométricamente sólido y conceptualmente complejo, capaz de operacionalizar un fenómeno históricamente invisibilizado. La EVGO permite identificar niveles diferenciales de violencia que van desde la negligencia institucional hasta la dominación simbólica, ofreciendo una herramienta integral para la investigación epidemiológica, la gestión hospitalaria y la formación profesional. A nivel teórico, el modelo tridimensional de la EVGO evidencia que la violencia gineco-obstétrica se encuentra en la intersección entre violencia estructural (Galtung, 1969), violencia simbólica (Bourdieu, 1998) y violencia institucional de género (Lagarde, 2019). Este marco amplía el entendimiento de la VGO más allá de lo médico o legal, y la sitúa como un fenómeno de injusticia epistémica y moral, donde las mujeres son desautorizadas como sujetos de conocimiento y decisión sobre sus cuerpos (Fricker, 2007).

Desde el punto de vista metodológico, el uso de análisis factorial confirmatorio, curvas ROC y pruebas de discriminación contribuye a elevar el estándar de validez en los estudios sobre violencia obstétrica, usualmente dominados por diseños exploratorios o estudios de caso. La evidencia obtenida en la población mexicana aporta una base empírica para futuras comparaciones transculturales, permitiendo examinar cómo el contexto social y jurídico modela la vivencia de la violencia gineco-obstétrica.

Los hallazgos de la EVGO tienen implicaciones clínicas y éticas relevantes. En

primer lugar, la identificación de altos niveles de violencia obstétrica e institucional se asocia con mayor riesgo de trauma psicológico perinatal, estrés postraumático y depresión posparto (Kruk et al., 2021). En segundo lugar, las mujeres que reportan experiencias de trato irrespetuoso tienden a evitar controles prenatales y recurrir menos a servicios hospitalarios (Freedman et al., 2018), lo que agrava los riesgos materno-fetales y perpetúa el círculo de vulnerabilidad. La aplicación de la EVGO puede integrarse a programas de mejora de la calidad asistencial, proporcionando indicadores cuantitativos para monitorear la implementación de modelos de parto humanizado y salud reproductiva centrada en la persona (OMS, 2015). Sin embargo, aunque el instrumento ofrece un marco diagnóstico sólido, no se ha establecido aún su validez predictiva, por lo que su impacto en la formulación de políticas públicas debe interpretarse de forma prospectiva y no concluyente.

El uso de la EVGO podría fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas en instituciones públicas, visibilizando áreas críticas de intervención (comunicación, consentimiento, trato, confidencialidad), sin reemplazar la necesidad de una transformación estructural del sistema sanitario.

Sin embargo, El diseño transversal impide determinar causalidad y estabilidad temporal de las respuestas. Además, la muestra se restringe a mujeres usuarias de servicios públicos en el Estado de México, lo que limita la validez externa del instrumento. Los datos autoinformados pueden estar influidos por memoria selectiva o sesgo de deseabilidad social, aunque los resultados se respaldan con consistencias internas elevadas y correlaciones significativas.

Otra limitación metodológica radica en que no se evaluó la invarianza factorial entre grupos etarios o socioculturales, por lo que se recomienda replicar la validación en contextos rurales, privados o indígenas. Finalmente, aunque la EVGO mostró excelente precisión diagnóstica, sería necesario contrastarla con indicadores objetivos de atención médica, como auditorías clínicas o análisis observacionales.

Se propone desarrollar estudios longitudinales que examinen la validez predictiva de la EVGO, su capacidad para detectar cambios tras intervenciones institucionales y su utilidad como

indicador de cumplimiento normativo (NOM-046-SSA2-2005, NOM-007-SSA2-2016). Asimismo, resulta pertinente explorar su invarianza cultural en otras regiones de América Latina y contrastarla con escalas anglosajonas en contextos de alta y media renta, a fin de identificar similitudes y divergencias culturales en la conceptualización de la violencia médica. En el plano aplicado, se sugiere desarrollar versiones abreviadas o digitales para su implementación en hospitales, así como integrar la EVGO en programas de formación médica con perspectiva de género, promoviendo la autoevaluación institucional como práctica ética y profesional.

En suma, la EVGO no sólo mide un fenómeno, sino que interpela al sistema sanitario, recordando que la erradicación de la violencia gineco-obstétrica es inseparable de la humanización del cuidado, la equidad de género y la justicia reproductiva.

Referencias

- Afulani, P. A., Diamond-Smith, N., Phillips, B., Singhal, S., & Sudhinaraset, M. (2018). Validation of the person-centered maternity care scale in India. *Reproductive Health*, 15(1), 147.
<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0591-7>
- Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9532606>
- Aparicio, M. E., & Vinagre, A. M. (2022). Violencia de género: Una revisión de instrumentos de medida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 66(5), 141–155.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP66.5.11>
- Arguedas, G. (2015). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24(2), 123-130.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
- Bastidas, D., & Prieto, B. (2024). Propiedades psicométricas de una prueba para evaluar la

- respuesta sexual femenina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 74(4), 183–195.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP74.4.12>
- Bentler, P. M. (2006). *AMOS 24 User's guide*. SPSS Inc.
- Bitencourt, A. C., Oliveira, S. M., & Mendes, G. (2022). Obstetric violence for professionals who assist in childbirth. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(4), 943–951.
<https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040012>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Campos, C., & Páez, L. (2024). La violencia obstétrica y sus implicaciones legales en México. *Cuestiones Constitucionales*, (50), 27–65.
<https://doi.org/10.22201/ijj.24484881e.2024.50.18802>
- Cárdenas, M., & Salinero, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*, 38(2), 209–223.
<https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Cárdenas, M., Salinero, S., & García, C. (2020). Escala de violencia ginecológica: Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(3), 187–196.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322020000300187&lng=es&tlng=es
- Castro, R., & Frías, S. M. (2019). Obstetric violence in Mexico: Results from a 2016 national household survey. *Violence Against Women*, 25, 1–18.
<https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Chávez, M. L., & Sánchez, N. A. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista del Colegio de San Luis*, 8(16), 103–119.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-899X2018000200103&lng=es
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Repositorio Digital Beta.
<https://repositorio.cepal.org/items/f12b22ff0-ba78-474b-a917-2d6ce3910d15>
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres [CONAVIM]. (2017). *Manual de Organización Específico de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*. Secretaría de Gobernación.
<https://www.gob.mx/conavim/documentos/normatividad-manual-especifico>
- Consejo Nacional de Población. (2020). *Informe Situación de los derechos sexuales y reproductivos*. Consejo Nacional de Población.
<http://dnias.dif.gob.mx/informe-situacion-de-los-derechos-sexuales-y-reproductivos/>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.] (5 de febrero de 1917, última reforma 2023). México.
- Corral, G. M. (2019). El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018. *MUSAS*, 4(2), 100–118.
<https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.6>
- Cuello, M. (2014). Violencia contra la mujer: Rol del ginecólogo en el combate de un flagelo que impacta negativamente en la salud integral de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(2), 71–75.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200001
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). SAGE Publications.
- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2014). *Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. Secretaría de Salud.

- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2017). *Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados*. INAI.
- Diniz, S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2667–2678.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Facio, A. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos* [Publicación en línea]. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
<https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/los-derechos-reproductivos-son-derechos-humanos>
- Fimian, M. J., & Fastenau, P. S. (1990). The validity and reliability of the Teacher Stress Inventory: A re-analysis of aggregate data. *Journal of Organizational Behavior*, 11(2), 151–157.
<https://doi.org/10.1002/job.4030110206>
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42–e44.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>
- Galoviche, V. (2016). Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo (1994). *RevIISE*, 8(8), 89–97.
<http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/95>
- Galtung, J. (1969). *Violence, peace, and peace research*. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.
<https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Gobierno de México. (14 de agosto de 2023). *Salud sexual y reproductiva*. Consejo Nacional de Población.
<https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/salud-sexual-y-reproductiva>
- Gómez de la Cortina, P. D. (2023). De normalizar a normativizar la violencia ginecológica en México. *Revista del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, (75), 4.
<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/download/18330/18638?inline=1>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Hernández, M. (2021). *Pasar por la carnicería: relatos de mujeres costarricenses sobre violencia obstétrica*. *WL*, 16(2), 93–118.
<https://doi.org/10.15517/wl.v16i2.48101>
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179–185.
<https://doi.org/10.1007/BF02289447>
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3rd ed.). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781118548387>
- Iglesias, E. A. (2019). Percepción de la violencia obstétrica ejercida por el sistema de salud mexicano: Estudio de caso. *Perfiles Latinoamericanos*, 30(59).
<https://doi.org/10.18504/pl3059-008-2022>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022). *Violencia contra las mujeres en México: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resu ltados.pdf
- Jojoa, E., Cuchumbe, Y. D., Ledesma, J. B., Muñoz, M. C., Campo, A. M., & Suárez, J. P. (2019). Obstetric violence: Making the invisible visible. *Revista Universidad Industrial de Santander Salud*, 51(2), 135–146.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6950759>
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 141–151.
<https://doi.org/10.1177/001316446002000116>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud.

- Lagarde, M. (2019). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Horas y Horas.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México (20 de noviembre de 2008, última reforma 2023). Periódico Oficial Gaceta del Gobierno, 20 de noviembre de 2008.
- Mena, D., Cervera, A., Alemany, M. J., Andreu, L., & González, V. C. (2020). Design and validation of the PercOV-S questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8022. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
- Morlachetti, A. (2007). Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: Un enfoque fundado en los derechos humanos. *Notas de Población*, 34(85), 63-95. <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/politicas-de-salud-sexual-y-reproductiva-dirigidas-a-adolescentes-y-jovenes-en-los-.pdf>
- Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado. (2014). *Derechos sexuales y reproductivos*. Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado. <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2022). *Salud sexual y reproductiva*. Organización de las Naciones Unidas. <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- Organización de Naciones Unidas [ONU]. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (17 de marzo de 2021). *Prevención de la violencia*. Organización Panamericana de la Salud <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
- Perdomo, A., Martínez, P. A., Lafaurie, M. M., Cañón, A. F., & Rubio, D. C. (2019). Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: Cambios y continuidades en el campo de la atención. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(2), 125-135. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7016945>
- Proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de salud reproductiva. (2023) 62.ª Legislatura, CP2R-3AE-8 sesión, 29 de mayo de 2023.
- Rodríguez, J., & Martínez, A. (2021). *La violencia obstétrica: Una práctica invisibilizada en la atención médica en España*. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Leiva, J., & Costa, R. (2016). *Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence*. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sando, D., Ratcliffe, H., McDonald, K., Spiegelman, D., Lyatuu, G., Mwanyika-Sando, M., ... Kruk, M. E. (2016). *The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 236. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1019-4>
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. En A. von Eye & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variables analysis: Applications for developmental research* (pp. 399-419). SAGE. <https://psycnet.apa.org/record/1996-97111-016>
- Secretaría de Salud [SSA]. (2009). *Norma Oficial Mexicana violencia familiar, sexual y contra las mujeres: Criterios para la prevención y atención* (NOM-046-SSA2-2005). Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud [SSA]. (2013). *Norma Oficial Mexicana que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos* (NOM-012-SSA3-2012). Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud [SSA]. (2016). *Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* (NOM-007-SSA2-2016). Diario Oficial de la Federación.

- Shrivastava, S., & Sivakami, M. (2020). Evidence of 'obstetric violence' in India: An integrative review. *Biosoc Sci*, 52(4), 610-28.
<https://doi.org/10.1017/S0021932019000695>
- Silva, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro, D. (2023). Factores asociados a la violencia obstétrica implicados en el desarrollo de depresión posparto y trastorno de estrés postraumático: una revisión sistemática. *Nursing Reports*, 13(4), 1553–1576.
<https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Solís, S., & Mendoza, H. (2024). Violencia obstétrica, derecho a la salud y género: Un análisis teórico y conceptual. *Perspectivas Sociales*, 25(2), 35–60.
<https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/203>
- Ulloa-Martínez, J. B., Acosta, L., Sandoval, B., & Villar, J. (2022). *Prácticas y experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétrica como violencia de género en Chile*. *Revista de Salud Pública*, 24(2), e212.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.91252>
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E., & the GVM-US Steering Council. (2019). The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16, 77.
<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- Vinagre, A. M., Aparicio, M. E., & Alvarado, J. M. (2020). IVISEM, una medida de la violencia social encubierta hacia las mujeres / IVISEM, a measure of covert social violence against women. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 57(4), 149–161.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP57.4.11>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588>