

## Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno

Drs. Manuel Cárdenas Castro,<sup>1</sup> Stella Salinero Rates,<sup>2</sup> Carmen García Núñez.<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Crear y validar una escala que permita indagar en las experiencias de las mujeres de modo de detectar prácticas de violencia en dicho campo de la salud.

**Método:** La escala creada fue aplicada a 503 mujeres de diferentes edades en la ciudad de Valparaíso (Chile). El instrumento final, compuesto por 13 ítems, muestra buena fiabilidad ( $\alpha = 0,87$ ) y se confirma una estructura factorial similar a la prevista (tres factores correlacionados referidos a diversas formas de violencia psicológica, física y sexual).

**Resultados:** Las correlaciones entre las dimensiones de la escala varían en un rango de 0,49 y 0,54. Un análisis factorial confirmatorio indica cargas factoriales que van desde 0,47 hasta 0,77, revelando buenos índices de ajuste (CFI = 0,94, GFI = 0,94, AGFI = 0,91, IFI = 0,95, NFI = 0,92, TLI = 0,93 y RMSEA = 0,06) que indicarían la validez del modelo. Un análisis factorial multigrupo respalda la invarianza de la escala entre grupos de diferentes edades (18–38 años y >39) y que realizan su atención en diferentes centros de salud (pública y privada). Del mismo modo, se realizan pruebas que muestran la invarianza métrica de la escala creada. Finalmente, se informan las tasas de prevalencia de las diferentes formas de violencia previstas por la escala.

**Conclusiones:** La escala de violencia ginecológica es un instrumento confiable y válido para detectar las experiencias de abuso psicológico, físico y sexual de las mujeres.

**Palabras clave:** Violencia ginecológica, Salud de las mujeres, Continuo de violencia contra las mujeres, Violencia psicológica, física y sexual en el sistema de salud.

### SUMMARY

**Objective:** To create and validate a scale that would allow us to investigate women's experiences in order to detect violent practices in said healthcare field.

**Method:** The scale was applied to 503 women of different ages in the city of Valparaíso, Chile. The final instrument, composed of thirteen items, shows good reliability ( $\alpha = .87$ ) and a similar factorial structure to that which was predicted (three correlated factors referring to diverse forms of psychological, physical and sexual violence).

**Results:** The correlations between the dimensions of the scale vary in range from .49 to .54. A confirmatory factor analysis indicates factor loadings from .47 to .77, revealing good fit indexes (CFI = .94 y RSMEA = .06) which denotes the validity of the model. A multi-group factor analysis supports the scale's metric invariance between groups with differences in range of age (18-38 and >39) and health care centers where the treatment is received (public and private). Likewise, the completed tests show the metric invariance of the created scale. Finally, the prevalence rates of the different forms of violence predicted by the scale are reported.

**Conclusions:** The gynecological violence scale is a good instrument (reliable and validity) for detect women's experiences of psychological, physical and sexual abuse.

**Keywords:** Gynecological violence, Wwomen's health, Continuum of violence against women, Psychological, physical and sexual violence in the health care system.

## INTRODUCCIÓN

La ginecología es una disciplina médica que afecta casi exclusivamente a las mujeres. Como cualquier rama del modelo médico hegemónico (1, 2), en ella operan sesgos de género que pueden tener importantes efectos

<sup>1</sup>Universidad de Talca. <sup>2</sup>Universidad de Valparaíso. <sup>3</sup>Centro de Atención de Víctimas de Agresiones Sexuales (CVS).

en la salud física y mental de las mujeres (3, 4). Lo anterior resulta aún más evidente por cuanto se trata de atención en el contexto de la salud ginecológica, en la cual, las mujeres pueden sentirse más expuestas y vulnerables y donde, por lo mismo, debería primar un trato respetuoso y un clima acogedor. Del mismo modo, se trata de un tipo de atención de salud que las acompaña a lo largo de su vida y en la que una atención inadecuada puede hacer que las consultas no se realicen en los tiempos esperados o se postergue la realización de exámenes rutinarios que pueden ser importantes para la salud de las mujeres.

A la fecha, no existen instrumentos apropiados para su uso en español, que puedan pesquisar la magnitud de la falta de respeto y el abuso en el ámbito ginecológico por parte de los equipos de salud. De lo que sí existen datos es sobre la presencia de este fenómeno en contextos similares y de sus nocivos efectos en las mujeres que los padecen. Una reciente encuesta sobre los servicios de ginecología en España (5) reporta que la mitad de las mujeres encuestadas se ha sentido maltratada en los servicios de salud ginecológicos al que asisten, siendo las situaciones más frecuentes referidas a malos tratos (falta de consideración, infantilización, cuestionamiento de sus decisiones sobre su cuerpo y sexualidad y falta de intimidad de los espacios de atención, entre otros), denegación de información por parte del equipo médico (falta de información respecto de los procedimientos a realizar y de por qué es necesario hacerlos, no responder preguntas de las pacientes sobre sus tratamientos o respecto a información específica sobre enfermedades asociadas a sus respectivos ciclos vitales, entre otras) o realización de procedimientos invasivos sin la adecuada preparación o que se tornan intencionalmente dolorosos (por ejemplo, exploración brusca y exigencia de no realizar expresiones de dolor, mala utilización de implementos que terminan por generar heridas). Para muchas de las mujeres, la atención ginecológica puede llegar a constituir una experiencia traumática, ya que en ella se establece una relación asimétrica y donde las

retóricas del cuidado (6) hacen que el daño infringido por quienes se suponen que deberían cuidarlas pueda llegar a tener un efecto más profundo. Se trata de un tipo de trauma relacional (7) que opera por la falta de reconocimiento y la invisibilización de las mujeres. De allí que no resulte extraño que una enorme cantidad de médicos hayan sido sancionados por prácticas abusivas en este campo (8).

El objetivo de este estudio es construir y validar un instrumento que permita pesquisar las experiencias de violencia ginecológica y relacionarla, en futuros trabajos, con una serie de resultados desfavorables en la salud de las mujeres. Establecer una relación entre esta forma específica de violencia, que no es sino parte de un continuo de la violencia que las mujeres sufren a lo largo de su vida en sociedades patriarcales (9), y los malos resultados de salud puede permitir abrir una discusión respecto de la forma que los servicios ginecológicos deben tomar para adaptarse a las necesidades de las mujeres y contribuir a vigilar el adecuado cumplimiento de los protocolos de atención establecidos. Los instrumentos validados sobre abuso y violencia en la atención de salud son escasos (10, 11), aun cuando se requieren con urgencia. Estos instrumentos no se encuentran debidamente validados al idioma castellano y pueden no resultar pertinentes para este contexto.

Para efectos de este estudio se incluye en el concepto de violencia ginecológica todas aquellas prácticas realizadas por miembros del equipo de salud (médicos, enfermeras, matronas, etc.) y que pueden implicar una atención o tratamiento deshumanizado, el uso de procedimientos innecesarios o abuso de medicación, la transformación de procesos naturales en patológicos, la denegación de información o tratamiento, cuestiones todas ellas que pueden derivar en la pérdida de autonomía de las mujeres y/o capacidad de tomar decisiones libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad. Dichas prácticas pueden afectar psicológica, física y/o sexualmente a las mujeres.

## MÉTODOS

### *Participantes*

Este estudio se realizó con una muestra de carácter no probabilístico de mujeres (n=503), cuyas edades fluctuaron entre 18 y 85 años (M=38,87 y DT=16,36). El 91 % de ellas se identifica como heterosexual, un 4,2 % como bisexual, un 2 % se define como lesbiana y un 1,6 % se identifica como fluida o no binaria (un 1,2 % de la muestra no se incluye en alguna de las categorías anteriores). La edad de su primera consulta ginecológica la hicieron entre los 11 y los 36 años (M=17,76 y DT=3,92). El 49,9 % de las mujeres que participaron del estudio realiza sus consultas ginecológicas en servicios públicos de salud, mientras que un 50,1 % lo hace en clínicas privadas (o de forma particular con un médico de su libre elección). Los cuestionarios fueron aplicados por personal especialmente entrenado por el equipo de investigadores para el estudio. Las participantes, todas voluntarias, rellenaron el cuestionario en sus casas. La administración fue individual, con una duración aproximada de 15 - 20 minutos. Antes de ser encuestadas, a las participantes se les informó de los objetivos del estudio y firmaron una carta de consentimiento informado, donde aceptaban participar en el estudio y se les garantizaba confidencialidad y anonimato. Para la selección de la muestra se definió un perfil para las encuestadas. Los criterios de selección para las participantes fueron: a) vivir en la región en la que se desarrolló el estudio (Valparaíso), b) haber asistido alguna vez a servicios de atención ginecológica; c) ser mayor de 18 años. Las participantes no recibieron ningún tipo de incentivo por su participación. La aplicación piloto de la escala se realizó durante el mes de mayo de 2019 en la región de Valparaíso (Chile).

### *Instrumento*

El instrumento fue creado teniendo en consideración tres ámbitos donde se reportan frecuentemente formas de violencia o malos tratos más o menos naturalizadas en los servicios de salud (dimensiones psicológica,

física y sexual), los cuales fueron agrupados en tres categorías principales: a) referidas a los comentarios y acciones que naturalizan la relación de subordinación entre equipo médico y paciente (por ejemplo, “Sentiste que tus consultas o preguntas no eran apropiadamente atendidas por el personal de salud” o “Te sentiste infantilizada o ignorada por el personal de salud al realizar consultas sobre tu salud ginecológica”), b) aquellos comentarios y acciones que tienen como centro el cuerpo de las mujeres (por ejemplo, “Te realizaron procedimientos que te causaran dolor de forma intencional o por falta de cuidado (brusquedad) por parte del personal de salud” o “Se te solicitó desnudarte sin que ello guardase relación con los motivos de tu consulta”) y c) aquellos que poseen una clara connotación sexual (por ejemplo, “Sentiste alguna vez que te realizaron tactos o ‘tocaciones’ inapropiadas dado el motivo de tu consulta y que te hicieran sentir que se vulneraba tu intimidad” o “Sientes que de algún modo fuiste víctima de violencia sexual por parte del médico o por parte de algún miembro del equipo médico”). El instrumento original lo constituyeron 14 ítems (cuadro 1) en formato de escala Likert con cinco opciones de respuesta (que van desde 1=“No describe para nada lo que me ocurrió” hasta 5=“Definitivamente, esto me ocurrió”). Uno de los ítems no logró coeficiente de correlación con el total superior a 0,25, por lo que fue eliminado.

### *Procedimiento de construcción de la escala*

El proceso de construcción de la escala consistió en tres fases: revisión sistemática de la literatura (proceso del cual derivó la primera redacción de la escala), revisión por parte de panel de expertas (donde se seleccionaron ítems y se depuró la redacción), aplicación piloto y análisis psicométrico de la escala.

La escala fue creada por las integrantes del equipo teniendo en cuenta la revisión de literatura referida a atención ginecológica y obstétrica, así como a diversas formas de violencia que han sido denunciadas en dicho campo. La redacción de los ítems fue revisada

Cuadro 1. Escala de violencia ginecológica

- 
1. El personal de salud (médico, matrona, etc.) hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento sexual (d1)
  2. El personal de salud juzgaba tus prácticas sexuales o se refería a ellas en tono moralizante (d1)
  3. Sentiste que tus consultas o preguntas no eran apropiadamente atendidas por el personal de salud (d1)
  4. Has tenido que escuchar comentarios inapropiados de índole sexual referidos a tu cuerpo y/o tus genitales (d2)
  5. El personal de salud realizó comentarios impertinentes sobre tu físico, vestimenta o higiene (d2)
  6. Recibiste retos o amenazas por parte del personal de salud que atendió alguna de tus consultas ginecológicas (d1)
  7. Te sentiste infantilizada o ignorada por el personal de salud al realizar consultas sobre tu salud ginecológica (d1)
  8. Sentiste alguna vez que te realizaron tactos o “tocaciones” inapropiadas dado el motivo de tu consulta y que te hicieran sentir que se vulneraba tu intimidad (d3)
  9. Te realizaron procedimientos que te causaran dolor de forma intencional o por falta de cuidado (brusquedad) por parte del personal de salud (d2)
  10. Se te solicitó desnudarte sin que ello guardase relación con los motivos de tu consulta (d3)
  11. Sientes que de algún modo fuiste víctima de violencia sexual por parte del médico o por parte de algún miembro del equipo médico (d3)
  12. Fuiste víctima de prácticas violentas (uso de fuerza, procedimientos dolorosos innecesarios, etc.) (d2)
  13. Se te ha medicado sin tener claridad para qué o de qué modo dichos medicamentos pueden ser de utilidad para tu salud ginecológica (d2)
- 

por un panel de expertas del área de la salud de las mujeres (entre las que había matronas, enfermeras, activistas, abogadas, etc.), lo que permitió recibir comentarios y reducir las preguntas iniciales a las 14 que conformaban la escala puesta a prueba. Dicho panel contribuyó a mejorar la redacción de los reactivos y hacer que estos resultaran representativos de las situaciones más corrientes reportadas en estudios previos sobre problemas de salud ginecológica y del ámbito obstétrico.

Como ya se ha indicado, tres categorías teóricas fueron desarrolladas para saturar el constructo “violencia ginecológica”: (1) violencia que naturaliza la relación de subordinación médico-paciente (cinco ítems que incluyen la denegación de información, los comentarios irónicos y las formas de violencia referidas a retos o infantilización de la paciente);

(2) violencia psicológica o física referida al cuerpo (cinco ítems referidos comentarios impertinentes o acciones referidos al cuerpo de la paciente, incluida la excesiva medicalización del mismo); (3) formas de violencia con connotación sexual explícita (tres ítems referidos a acciones que constituyen formas explícitas de violencia sexual hacia las mujeres en el ámbito ginecológico).

#### *Análisis de datos*

Para todos los análisis se utilizaron los programas SPSS 20.0, AMOS 22 y G\*Power 3.1.6. Se realizó un análisis descriptivo (media, desviación estándar, simetría y curtosis) en todas las variables. Se calculó el coeficiente de confiabilidad de la escala (alfa de Cronbach), así como las correlaciones entre las dimensiones de la misma. El modelo de tres factores correlacionados se probó con un análisis factorial de

tipo confirmatorio (método de máxima verosimilitud) y los análisis factoriales confirmatorios multigrupo mediante un procedimiento por pasos establecieron la invariancia de la escala en muestras constituidas por personas de mayor y menor edad (utilizando la mediana como puntuación de corte), así como de mujeres que se atienden en el sistema público de salud o en el sistema privado. Este procedimiento comenzó estimando el modelo de línea de base (sin restricciones). En modelos posteriores, se agregaron progresivamente restricciones mientras se mantenían constantes las restricciones anteriores. Las restricciones se impusieron en las cargas factoriales, las varianzas y las covarianzas. Las pruebas de invarianza tienen como objetivo asegurar que el constructo que se evalúa (en este caso la violencia ginecológica) tiene el mismo significado para las mujeres que realizan su atención en el sistema privado y público de salud, así como para las mujeres de ambos grupos de edad. Los modelos anidados se compararon en cada paso mediante el examen de la prueba de diferencias de Chi-cuadrado y el cambio en los valores de *Comparative Fit Index* (CFI), así como los otros índices de ajuste. La comparación de modelos y el establecimiento de la invarianza métrica se realizó considerando dos criterios: si las estadísticas de la diferencia de chi-cuadrado ( $X^2$ ) no revelan diferencias significativas entre el modelo de línea de base y cada modelo subsiguiente, se puede asumir la invariabilidad del modelo (12). Por otro lado, los cambios en el valor del CFI deben ser inferiores a 0,01 para establecer la invarianza (13).

## RESULTADOS

### *Descriptivos*

La tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos para cada uno de los ítems de la aplicación piloto (medias, desviaciones estándar, índices de asimetría y curtosis). Todos los medios se encuentran por debajo del punto medio de la escala y muestran niveles de dispersión relativamente similares. Un análisis de los ítems

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Ítem 01	1,53	1,21	2,15	3,10
Ítem 02	1,47	1,13	2,37	4,22
Ítem 03	1,85	1,42	1,38	0,27
Ítem 04	1,38	0,99	2,76	6,58
Ítem 05	1,44	1,08	2,47	4,77
Ítem 06	1,54	1,23	2,12	2,89
Ítem 07	1,81	1,42	1,45	0,42
Ítem 08	1,45	1,11	2,39	4,29
Ítem 09	2,04	1,57	1,09	-0,54
Ítem 10	1,23	0,75	3,87	14,91
Ítem 11	1,27	0,85	3,51	11,78
Ítem 12	1,55	1,21	2,09	2,84
Ítem 13	1,45	1,11	2,41	4,45
Dimensión 1	1,63	0,99	1,76	2,43
Dimensión 2	1,35	0,68	2,36	6,05
Dimensión 3	1,68	1,04	1,49	1,28
Escala VG	1,54	0,73	1,68	2,57

de la escala no indica presencia de casos atípicos o extremos en las respuestas a los ítems. La distribución de la mayoría de los elementos muestra una asimetría positiva, lo que indica que los datos se agrupan hacia el área izquierda de la distribución. El nivel de curtosis revela que las respuestas acumuladas en las colas de distribución son ligeramente más altas que en una curva normal. La distribución de respuestas en la escala total muestra cierta asimetría negativa y una distribución leptocúrtica, lo que mostraría que la distribución no se asemeja a una curva normal.

### *Confiabilidad*

La escala de violencia ginecológica muestra un coeficiente de confiabilidad de 0,83 para el conjunto de los ítems. Las correlaciones de los ítems con el total fluctúan en un rango entre 0,39 y 0,61. Tan solo uno

de los ítems no logra coeficientes de correlación con el total superiores a 0,25 y su eliminación aumenta los niveles de fiabilidad hasta 0,87 (por lo cual se ha decidido eliminarlo de la escala que se presenta, quedando la escala final compuesta por 13 ítems). La confiabilidad de las dimensiones fueron las siguientes: dimensión 1 ( $\alpha=0,83$ ), dimensión 2 ( $\alpha=0,75$ ) y dimensión 3 ( $\alpha=0,70$ ).

#### Correlaciones entre dimensiones

Todas las dimensiones de la escala están significativamente asociadas entre sí y con el conjunto de la escala. Estas correlaciones son moderadas e indican que, aunque relacionadas, miden diferentes dimensiones del mismo proceso, es decir, violencia ginecológica. La tabla 2 muestra las correlaciones entre las dimensiones de la escala, las que van desde 0,49 a 0,54 (todas las correlaciones entre las dimensiones son positivas y significativas). Las correlaciones entre las dimensiones y la escala total son significativas y altas (las correlaciones de Pearson varían entre 0,77 y 0,88), lo que indica que cada dimensión está estrechamente relacionada con el conjunto completo de las medidas de la escala de violencia ginecológica.

#### Análisis factorial confirmatorio

Se puso a prueba un modelo con tres factores de primer orden correlacionados y se comparó con el modelo de un factor general. Los parámetros del modelo fueron estimados utilizando el método de máxima

verosimilitud. Se obtuvieron los índices de ajuste del modelo y las estimaciones de las cargas factoriales para cada ítem. Se utilizaron varios índices para estimar el ajuste del modelo: Chi-cuadrado ( $X^2$ ), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), índice de ajuste incremental (IFI), criterio de información de Akaike (AIC) y error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). No se espera que el chi-cuadrado sea significativo (aunque este indicador no debe usarse para descartar un modelo debido a su sensibilidad al tamaño de la muestra). CFI, TLI e IFI deberían ser lo más cercano posible a 1, aunque siempre se espera que sean más altos que 0,90 (14 - 15). El valor de RMSEA debe ser inferior al valor crítico de 0,08 (16). El AIC se usa para comparar dos o más modelos y los valores más pequeños indicarían un mejor ajuste (12).

Los datos obtenidos muestran un buen ajuste con el modelo teórico porque, a pesar de que el valor de chi-cuadrado es significativo,  $X^2_{(59)} 186,46/p < 0,001$  (el modelo hipotético debe rechazarse porque lo que se contrasta es la hipótesis nula de ajuste perfecto entre datos empíricos y teóricos), los valores de CFI=0,94, TLI=0,93 e IFI=0,95 muestran claramente un buen ajuste de datos. Finalmente, el valor de RMSEA fue 0,066 (IC del 95 % = 0,055 - 0,076), lo que indica un buen ajuste general del modelo. Las cargas factoriales de todos los elementos oscilan entre 0,47 y 0,77 (tabla 3). El modelo de tres factores correlacionados (AIC=2502,46) muestra un mejor ajuste que el modelo de un factor general (AIC=367,59).

Se realizaron dos análisis factoriales confirmatorios separados para dos grupos de edades diferentes (tabla 4). El modelo proporcionó un buen ajuste para ambos: "18 - 38 años",  $X^2_{(59)}=159,52/p < 0,001$ , CFI=0,91, IFI=0,91, TLI=0,88 y RMSEA=0,082, y "39 - 85 años",  $X^2_{(59)}=148,51/p < 0,001$ , CFI=0,93, IFI=0,93, TLI=0,91 y RMSEA=0,076.

Los índices de ajuste mostraron valores adecuados para

Tabla 2. Correlaciones entre dimensiones

	$\alpha$	Dim.1	Dim.2	Dim.3
Dimensión 1	0,83	-		
Dimensión 2	0,75	0,544*	-	
Dimensión 3	0,70	0,528*	0,488*	-
Escala VG	0,87	0,885*	0,799*	0,776*

\*  $p < 0,001$

Tabla 3. Cargas factoriales

	Dimensión	Carga factorial
Ítem 01	1	0,77
Ítem 02	1	0,75
Ítem 03	1	0,69
Ítem 04	2	0,65
Ítem 05	2	0,71
Ítem 06	1	0,61
Ítem 07	1	0,56
Ítem 08	2	0,68
Ítem 09	3	0,82
Ítem 10	2	0,56
Ítem 11	2	0,69
Ítem 12	3	0,76
Ítem 13	3	0,47

los dos grupos de edad, lo que sugiere que el modelo de tres factores correlacionados resulta pertinente para ambos, aunque ligeramente mejores en el caso del grupo de mayor edad.

Del mismo modo, se realizaron análisis separados para los grupos que reportan atenderse ginecológicamente en la salud pública o en la privada. El modelo proporcionó un buen ajuste para ambos: “salud pública”,  $X^2(59)=188,59/p<0,001$ , CFI=0,90, IFI=0,91, TLI=0,87 y RMSEA=0,085, y “salud privada”,  $X^2(59)=145,76/p<0,001$ , CFI=0,93, IFI=0,93, TLI=0,91 y RMSEA=0,079. Los índices de ajuste mostraron valores adecuados para los dos grupos, lo que sugiere que el modelo de tres factores correlacionados resulta pertinente para ambos, aunque ligeramente mejores en el caso del grupo que se atiende en la salud privada o con médico de libre elección.

Tabla 4. Análisis factorial confirmatorio y pruebas de invarianza

Modelo	$X^2$ (gl)	CFI	IFI	TLI	RSMEA (IC 95%)	AIC
Modelo 1. Modelo de medida						
Un factor general	309,59 (62)	0,89	0,89	0,78	0,089 (0,079 – 0,099)	367,59
Tres factores correlacionados	186,46 (59)	0,94	0,95	0,93	0,066(0,055 – 0,076)	250,46
Modelo 2. Análisis de muestras						
Edad 1 (modelo de tres factores)	159,52 (59)	0,91	0,91	0,88	0,082 (0,067 – 0,098)	
Edad 2 (modelo de tres factores)	148,51 (59)	0,93	0,93	0,91	0,076 (0,061 – 0,091)	
Salud pública	188,59 (59)	0,90	0,91	0,87	0,085 (0,069 – 0,100)	
Salud privada	145,76 (59)	0,93	0,93	0,91	0,079 (0,063 – 0,095)	
Modelo 3. Análisis multigrupo						
Modelo sin restricciones	314,05 (118)	0,92	0,92	0,89	0,058 (0,050 – 0,065)	
Restricción cargas factoriales (FL)	314,05 (118)	0,92	0,92	0,89	0,058 (0,050 – 0,065)	
FL + Restricción de varianzas (V)	348,56 (131)	0,91	0,91	0,89	0,058 (0,050 – 0,065)	
F + V + Restricción de covarianzas	357,51 (137)	0,91	0,91	0,89	0,057 (0,050 – 0,054)	

ESCALA DE VIOLENCIA GINECOLÓGICA. VALIDACIÓN DE UNA MEDIDA DE ABUSO PSICOLÓGICO, FÍSICO Y SEXUAL CONTRA LAS MUJERES EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

*Pruebas de la invarianza a través de muestras*

Los resultados de las pruebas de varianza multigrupo se presentan en la tabla 4. El modelo de línea de base (sin restricciones) mostró que el modelo hipotético de la estructura de la escala de violencia ginecológica encaja bien en los dos grupos. Al comparar los modelos subsiguientes con restricciones adicionales al modelo de línea de base (en el Modelo A, se impusieron restricciones a las cargas factoriales; en el Modelo B, se impusieron restricciones a las cargas y varianzas de los factores; y en el Modelo C, se impusieron restricciones a las cargas factoriales, varianzas y covarianzas), los valores de  $\Delta X^2$  no fueron significativos, lo que sumado a un cambio en los valores de CFI menor a 0,01, permiten establecer la invarianza métrica de la escala. Dicha invarianza vendría a significar que existe evidencia de que el constructo evaluado (violencia ginecológica) posee el mismo significado para las mujeres pertenecientes a los dos grupos comparados (prestadores públicos/privados de servicios de salud y grupos de edad 18-38/ >39 años).

*Prevalencia de violencia ginecológica en la muestra*

La tabla 5 muestra las frecuencias acumuladas para las respuestas a cada pregunta del cuestionario. Como se puede apreciar, un 11,8 % reporta haber recibido comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste, referidos a su comportamiento sexual, por parte del personal de salud ginecológica que la atendió. Un 10 % sintió que sus prácticas sexuales eran juzgadas o que se hablaba de ellas en tono moralizante. Del mismo modo, un 18,7 % expresa que sus consultas no eran apropiadamente atendidas por los equipos de salud. Un 7,2 % recibió comentarios inapropiados de índole sexual referidos a su cuerpo o genitales y un 9 % recibió comentarios impertinentes sobre su físico, su vestimenta o higiene personal. Un 11,9 % de las mujeres de la muestra fue blanco de retos o amenazas del personal que la atendió y un 18,5 % se sintió infantilizada o ignorada al realizar consultas sobre su salud ginecológica. Por otra parte, un 9,8 % sintió vulnerada su intimidad pues se le realizaron tactos “inapropiados” dado su motivo de consulta. Un

Tabla 5. Frecuencias para cada pregunta

	“No describe para nada lo que me ocurrió” (%)	“No estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió” (%)	“No estoy segura” (%)	“No estoy segura pero creo/siento que sí ocurrió” (%)	“Definitivamente esto me ocurrió” (%)
Ítem 01	80,1	6,2	2,0	3,8	8,0
Ítem 02	81,3	6,6	2,2	3,6	6,4
Ítem 03	68,6	8,9	3,8	7,4	11,3
Ítem 04	83,1	7,4	2,4	2,6	4,6
Ítem 05	82,1	6,2	2,8	3,2	5,8
Ítem 06	80,1	5,6	2,4	3,6	8,3
Ítem 07	71,2	7,2	3,2	7,0	11,5
Ítem 08	83,1	4,4	2,8	4,0	5,8
Ítem 09	63,8	8,3	4,8	5,4	17,7
Ítem 10	88,5	6,4	1,4	1,4	2,4
Ítem 11	87,7	5,4	2,8	0,6	3,6
Ítem 12	78,9	6,4	3,0	4,0	7,8
Ítem 13	82,3	4,8	4,2	2,6	6,2



23,1 % reporta la realización de procedimientos que le causaron dolor de forma intencional, un 11,8 % fue víctima de otras prácticas violentas (uso de fuerza y procedimientos dolorosos innecesarios) y a un 3,8 % se le obligó a desnudarse cuando aquello no guardaba relación con su consulta. Un 4,2 % siente que fue víctima, de algún modo, de violencia sexual (un 3,8 % adicional no está segura de ello) por parte de algún miembro del equipo médico. Finalmente, un 8,8 % de las participantes siente que la han medicado sin tener claridad de qué modo dichos medicamentos pueden ser de utilidad para su salud ginecológica.

Al comparar las puntuaciones medias en las tres dimensiones de la escala de violencia ginecológica y en la puntuación total a dicha escala, se encuentran diferencias significativas en la dimensión referida a las formas de violencia que naturalizan la relación de subordinación médico-paciente ( $t(501)=2,28$ ,  $p=0,023$ ,  $d=0,20$ ), siendo las mujeres de menos edad quienes reportan medias más altas. En las otras dos dimensiones y en la puntuación de la escala completa no se detectan diferencias estadísticamente significativas. Del mismo modo, al comparar las medias de las mujeres que realizan su atención ginecológica en servicios públicos y privados, se detectan diferencias en la dimensión que mide formas de violencia con connotación sexual explícita ( $t(488)=-2,63$ ,  $p=0,009$ ,  $d=0,23$ ), indicando las diferencias que entre quienes se atienden en la salud privada existirían reportes significativamente más alto de este tipo de situaciones.

## DISCUSIÓN

El propósito de este artículo fue crear y validar una escala para detectar violencia ginecológica. En términos generales la escala muestra buenos niveles de confiabilidad y validez. Se trata de una escala suficientemente breve como para permitir utilizarla en el ámbito de la investigación, pero logrando captar adecuadamente la dimensionalidad del constructo. Tal como se esperaba, el modelo de tres factores

correlacionados obtiene mejores niveles de ajuste que el modelo alternativo de un factor general. Del mismo modo, el modelo muestra buen ajuste a través de distintas muestras (diferentes grupos de edad y tipo de servicios de salud donde se atienden), sugiriendo que el modelo de tres factores correlacionados es aplicable a diferentes grupos de mujeres. Por otra parte, se detecta una correlación positiva entre las diferentes dimensiones de la escala, indicando que todas ellas contribuyen apropiadamente a la medición del constructo violencia ginecológica.

El instrumento que se ha creado debe seguir acumulando evidencia que valide su uso en contextos de investigación. Del mismo modo, futuros estudios deben superar ciertas limitaciones presentes en este artículo. La primera es el uso de una muestra de carácter no probabilístico, lo que dificulta la generalización de los resultados a la población general. Por otra parte, se debería examinar el ajuste de modelos alternativos realizados con la técnica de respuesta del ítem (para detectar ítems superpuestos y posibles porciones del continuo que no están cubiertos por los ítems). Del mismo modo, los autores esperan comenzar estudios que permitan poner a prueba esta escala en otros colectivos que deben realizarse una adecuada y oportuna atención ginecológica, tales como las personas transgénero, y que son quienes de forma más evidente sufren el rechazo de un modelo médico cimentado en un modelo binario (siendo este rechazo más evidente, en este particular contexto, en especialidades médicas como la ginecología y la obstetricia).

En conclusión, los resultados fueron consistentes con las predicciones y muestran que la escala de violencia ginecológica puede transformarse en un instrumento robusto (confiable y válido) para detectar esta particular forma de violencia hacia las mujeres en este contexto. Estos instrumentos pueden permitir recoger adecuadamente la experiencia negada de las mujeres de modo de visibilizar un fenómeno con

consecuencias sumamente negativas y que pueden tener efectos directos sobre el acceso a los cuidados de salud de las mujeres, lo que termina en muchos casos por perjudicarlas de doble manera (por la violencia y por la renuncia a atenderse oportunamente debido a las expectativas de volver a ser agredidas).

## REFERENCIAS

1. Esteban ML. Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. *Kobie, Antrop Cult.* 1996; 7:17-40.
2. Martin E. *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction.* Boston: Beacon Press; 2001.
3. García-Dauder S, Pérez-Sedeño E. *Las ‘mentiras’ científicas sobre las mujeres.* Madrid: Editorial Catarata; 2017.
4. Valls C. *Mujeres, salud y poder.* Madrid: Cátedra; 2009.
5. Asociación Mujeres para la Salud – AMS [Internet]. Madrid: Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres; 2017 [consultado 9 de junio de 2020]. Disponible en <https://www.mujeresparalasalud.org/publicaciones/informes-sobre-genero-y-feminismo/>.
6. Salinero S. El parto en casa una respuesta a la violencia obstétrica e institucional. *El Desconcierto.* 11 de diciembre de 2017 [consultado 9 de junio de 2020]. Sección: Opinión. Disponible en: <http://www.eldesconcierto.cl/2017/12/11/el-parto-en-casa-una-respuesta-a-la-violencia-obstetrica-e-institucional/>.
7. Benjamin J. El tercero. Reconocimiento. *Clín invest relacional.* 2012; 6:169-179.
8. Ehrenreich B. When a “Routine” Exam Feels Like an Assault. Are annual pelvic examinations necessary? *Lenny Letters* [Internet]. 2018 [consultado 9 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.lennyletter.com/story/when-a-routine-exam-feels-like-an-assault>
9. Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres. El continuo de violencia hacia las mujeres y la creación de nuevos imaginarios. Santiago de Chile: Andros Impresores; 2015 [consultado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/11/El-continuo-de-violencia-hacia-las-mujeres.pdf>.
10. Brown JB, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. [Screening for violence against women: validation and feasibility studies of a French screening tool]. *Can Fam Physician.* 2001; 47: 988-995. Francés.
11. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health.* 2003; 13(4):361-366.
12. Byrne B. *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications, and programing.* 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
13. Cheung GW, Rensvold RB. Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *SEM.* 2002; 9:233-255.
14. Bentler PM, Dudgeon P. Covariance structure analysis: Statistical practice, theory and directions. *Annu Rev Psychol.* 1996; 47:563-592.
15. Hu LT, Bentler PM. Evaluating model fit. En: Hoyle RH editor. *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications.* Thousand Oaks: Sage; 1995. pp. 76-99.
16. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. En: Bollen KA, Long JS. Editores. *Testing structural equation models.* Newbury Park: Sage. 1993. pp. 136-162.

Recibido 21 de abril de 2020  
Aprobado 10 de julio de 2020