

# Adaptación lingüística y cultural, y validación del instrumento para medir la percepción de violencia obstétrica\*

\* Este artículo es derivado de la tesis doctoral: *Adaptación lingüística y cultural y validación de la escala para medir la percepción de Violencia obstétrica en estudiantes - PERCOV-S*, presentada a la Universidade de São Paulo. Se encuentra disponible en: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-02102024-132403/publico/version\\_final\\_tesis\\_kirsten\\_falcon.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-02102024-132403/publico/version_final_tesis_kirsten_falcon.pdf)

---

✉ **Kirsten Falcon**

<https://orcid.org/0000-0003-4399-8846>  
Universidade de São Paulo, Brasil  
kirsten@alumni.usp.br

**Maria Luiza Riesco**

<https://orcid.org/0000-0001-9036-5641>  
Universidade de São Paulo, Brasil  
riesco@usp.br

**Desirée Mena-Tudela**

<https://orcid.org/0000-0003-1596-3064>  
Universitat Jaume I, España  
dmena@uji.es

**Ana Estrella-Santos**

<https://orcid.org/0000-0002-7937-7673>  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador  
atestrella@puce.edu.ec

**Martha María Fors López**

<https://orcid.org/0000-0002-0844-199X>  
Universidad de las Américas, Ecuador  
martha.fors@udla.edu.ec

Recibido: 17/07/2024  
Enviado a pares: 02/10/2024  
Aceptado por pares: 24/03/2025  
Aprobado: 25/03/2025

**DOI: 10.5294/aqui.2025.25.2.7**

**Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo**

Falcón K, Riesco ML, Mena-Tudela D, Estrella-Santos A, Fors M. Linguistic and Cultural Adaptation and Validation of the Instrument for Measuring Perceptions of Obstetric Violence. *Aquichan*. 2025;25(2):e2527. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.2.7>

**Temática:** Tecnologías para el cuidado de la salud.

**Aporte a la disciplina:** adaptar lingüística y culturalmente un instrumento desarrollado en otro país para quienes no hablan el mismo idioma significa un reto que incluye el entendimiento en el que se considera que pensamiento y la cultura se manifiestan de diferente manera en diferentes contextos. La validación estadística del instrumento, adaptado a otro contexto social, permite comprobar que este mide lo mismo para lo que fue creado. El conocimiento de la percepción de estudiantes de enfermería y medicina sobre violencia obstétrica permite implementar en los programas curriculares temas relacionados a la prevención de violencia obstétrica y parto humanizado.

## Resumen

**Introducción:** la violencia obstétrica ha sido reconocida en el Ecuador como un tipo de violencia de género en contra de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio recientemente, que afecta a la mamá, su hijo, familia y a la sociedad en general. Debido a esto se realizó este estudio para justificar la importancia de incluir el tema de la prevención de violencia obstétrica durante la formación de los profesionales de salud en Ecuador. **Objetivo:** adaptar lingüística y culturalmente, y validar el instrumento Percepción de violencia obstétrica en estudiantes de ciencias de la salud (PercOV-S). **Materiales y Método:** estudio metodológico de adaptación del instrumento creado en España, realizado con las etapas de revisión idiomática por parte de la lingüista, revisión de contenido por ocho informantes-clave/expertos y dos estudiantes, y validación psicométrica de datos recogidos a 269 estudiantes. **Resultados:** después de los cambios, el instrumento original mantuvo igual número de ítems del instrumento PercOV-S, con 20 ítems de datos socio-demográficos y 33 de percepción de la violencia obstétrica, nombrado como PercOV-S-A. Para la validación de los datos de la prueba piloto, se realizó el análisis factorial confirmatorio, que explicó el 52,6 % de la varianza en tres factores o dominios: 1) Trato insensible y cruel; 2) Violencia normatizada; y 3) Negligencia y manipulación. Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,42, con excepción de dos ítems. La fiabilidad interna del cuestionario, por dominios, fue superior o igual al 95 %. La puntuación general (3,42) de la escala PercOV-S-A, así como la de los dominios (3,53), (2,77) y (3,36) indicaron una alta percepción de violencia obstétrica. **Conclusiones:** el instrumento PercOV-S-A es completamente funcional para su propósito, después de ser adaptado y validado para el contexto ecuatoriano.

### Palabras clave (Fuente: DeCS)

Violencia obstétrica; violencia contra la mujer; parto humanizado; estudio de validación; educación en enfermería; enfermería obstétrica.

## 4 Linguistic and Cultural Adaptation and Validation of the Instrument for Measuring Perceptions of Obstetric Violence\*

\* This article derives from the doctoral dissertation: Linguistic and Cultural Adaptation, and Validation of the Scale to Measure the Perception of Obstetric Violence in Students (PERCOV-S), presented at the Universidade de São Paulo. Available from: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-02102024-132403/publico/version\\_final\\_tesis\\_kirsten\\_falcon.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-02102024-132403/publico/version_final_tesis_kirsten_falcon.pdf)

### Abstract

**Introduction:** Obstetric violence has recently been recognized in Ecuador as a type of gender-based violence against women during pregnancy, childbirth, or the postpartum period, affecting mothers, their children, families, and society in general. This study was conducted to justify the importance of including the topic of obstetric violence prevention in the training of health professionals in Ecuador. **Objective:** To linguistically and culturally adapt and validate the Perception of Obstetric Violence in Health Science Students (PerCOV-S) instrument. **Materials and Method:** Methodological study of the adaptation of the instrument created in Spain, developed with the stages of linguistic review by the linguist, content review by eight key informants/experts and two students, and psychometric validation of data collected from 269 students. **Results:** After the changes, the original instrument retained the same number of items as the PercOV-S instrument, with 20 items of sociodemographic data and 33 items on the perception of obstetric violence, named PercOV-S-A. To validate the pilot test data, confirmatory factor analysis was performed, which explained 52.6% of the variance in three factors or domains: 1) Insensitive and cruel treatment; 2) Normalized violence; and 3) Neglect and manipulation. All factor loadings were greater than 0.42, except for two items. The internal reliability of the questionnaire, by domain, was greater than or equal to 95%. The overall score (3.42) on the PercOV-S-A scale, as well as the scores for the domains (3.53), (2.77), and (3.36), indicated a high perception of obstetric violence. **Conclusions:** The PercOV-S-A instrument is fully functional for its purpose, after being adapted and validated for the Ecuadorian context.

#### Keywords (Source: DeCS)

Obstetric violence; violence against women; humanized childbirth; validation study; nursing education; obstetric nursing.

# Adaptação linguística e cultural e validação do instrumento de mensuração da percepção da violência obstétrica\*

\* Este artigo é derivado da tese de doutorado “Adaptação linguística e cultural e validação da escala para medir a percepção da violência obstétrica em estudantes - PERCOV-S”, apresentada à Universidade de São Paulo. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-02102024-132403/publico/version\\_final\\_tesis\\_kirsten\\_falcon.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-02102024-132403/publico/version_final_tesis_kirsten_falcon.pdf)

## Resumo

**Introdução:** A violência obstétrica foi recentemente reconhecida no Equador como uma forma de violência de gênero contra a mulher durante a gestação, o parto ou o puerpério, com impactos para a mãe, seu filho, a família e a sociedade. Diante disso, este estudo justifica a necessidade de incluir a prevenção da violência obstétrica na formação de profissionais de saúde no Equador. **Objetivo:** adaptar linguística e culturalmente, e validar o instrumento Percepção da Violência Obstétrica em Estudantes de Ciências da Saúde (PercOV-S) para o contexto equatoriano. **Materiais e método:** estudo metodológico de adaptação do instrumento originariamente desenvolvido na Espanha. Foram realizadas revisão linguística por linguista, avaliação de conteúdo por oito informantes-chave (especialistas) e dois estudantes, e validação psicométrica com dados de 269 estudantes. **Resultados:** Após as adequações, o instrumento manteve o mesmo número original de itens: 20 referentes a dados sociodemográficos e 33 à percepção da violência obstétrica, recebendo a denominação “PercOV-S-A”. Para validar o teste-piloto, foi realizada análise fatorial confirmatória, que explicou 52,6 % da variância em três fatores ou domínios: 1) tratamento insensível e cruel; 2) violência normatizada; e 3) negligência e manipulação. Todas as cargas fatoriais foram maiores que 0,42, com exceção de dois itens. A confiabilidade interna do questionário, por domínio, foi igual ou maior a 95 %. O escore geral da escala PercOV-S-A foi 3,42, e os escores dos domínios foram 3,53; 2,77; e 3,36, indicando elevada percepção da violência obstétrica entre os participantes. **Conclusões:** O instrumento PercOV-S-A mostrou-se funcional para o contexto equatoriano, após ser adaptado e validado em termos linguísticos, culturais e psicométricos.

### Palavras-chave (Fonte DeCS)

Violência obstétrica, violência contra a mulher, parto humanizado, estudo de validação, educação em enfermagem, enfermagem obstétrica.

## Introducción

Gracias a los avances en la sociedad y en la ciencia el proceso del parto ha experimentado cambios significativos, en comparación a como se entendía desde los primeros tiempos de la humanidad. Estos cambios han sido impulsados por diversas perspectivas y prácticas que, aunque disminuyeron las tasas de mortalidad materna y neonatal, transformaron el parto como fenómeno fisiológico en un procedimiento patológico sujeto a intervenciones extensas(1-3).

De esta manera, el parto que solía llevarse a cabo en el entorno hogareño de la parturienta hasta inicios del siglo XX, ahora se ha convertido en un elemento cuantificable, que contribuye a la demanda de camas en unidades de salud, a la necesidad de personal sanitario capacitado, al suministro de equipos especializados y, principalmente, a una serie de acciones e intervenciones que en muchos casos resultan ser innecesarias(4-7).

Algunas de las innumerables intervenciones, mundialmente utilizadas durante la atención del parto, son prácticas rutinarias estandarizadas, sin justificación clínica real, sin la suficiente explicación a las mujeres, sin el consentimiento informado, y se consideran violencia obstétrica (8, 9). Este es un tipo de violencia de género en contra de la mujer durante su etapa reproductiva, el embarazo, parto o puerperio, y tiene repercusión en sus familias y, por ende, en toda la sociedad (1, 2, 6-8).

En las últimas décadas, esta violencia se ha descrito y clasificado de varias maneras; existen dos cuestiones que parecen coincidir en todos los estudios, la primera es la pérdida de autonomía de la mujer para decidir, y la segunda, el daño físico o psicológico de ella o de su hijo a corto o largo plazo(9-11).

La problemática del maltrato a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto por parte del personal de salud se puede encontrar en actitudes hostiles e, incluso, en el negacionismo. Aquellos que abogan por el parto respetado sostienen que el uso abierto del término violencia obstétrica facilita la supervisión y sanción de los transgresores, así como las transformaciones en la formación y práctica en salud, en los procedimientos y procesos de atención e, incluso, en las relaciones en el sistema de salud, entre el personal sanitario y las mujeres (9, 10, 12-15).

La educación de estudiantes de ciencias de la salud debe cambiar y evolucionar, y olvidar la rigurosidad y la jerarquía dentro de la sala de partos, entendiendo y viendo a la mujer como la protagonista del evento. Se debe trabajar en la formación ética, el respeto y el cumplimiento de los derechos de las mujeres durante el parto. La educación profesional debe estar basada en un profundo conocimiento no solo de los procesos reproductivos, sino sexuales y vitales de la mujer, erradicando la violencia obstétrica desde la formación (5, 16-18).

En ese sentido, es importante conocer la perspectiva de los futuros profesionales de la salud sobre cómo perciben la violencia obstétrica. Con esta finalidad, en 2019 un grupo de investigadores de la Escuela de Enfermería de la Universidad Jaume I, en España, diseñó y validó el instrumento Percepción de violencia obstétrica en estudiantes (PercOV-S) (11, 19, 20).

Aunque el instrumento PercOV-S se encuentra originalmente en español, para su uso en Ecuador se consideró necesario adaptarlo al español de este país. Esto se debe a que, aunque el sustrato lingüístico es común a ambos países, cada uno tiene sus propios contextos sociales y culturales (19).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue adaptar lingüística y culturalmente, y validar el instrumento PercOV-S.

## Metodología

### Tipo de estudio

Estudio metodológico de adaptación lingüística y cultural de un instrumento para evaluar la percepción de violencia obstétrica en estudiantes de ciencias de la salud.

En el caso del presente estudio, en el que el idioma original es el mismo, el proceso de adaptación lingüística y cultural busca encontrar similitudes semánticas o equivalencias entre el original y la nueva versión, considerando los diferentes contextos sociales y culturales, así como las características idiosincráticas de cada país (21–23).

Diversos autores e instituciones han progresado en el ámbito de la metodología, la traducción y la adaptación de instrumentos, abarcando enfoques tanto cualitativos como cuantitativos. La elección cuidadosa de métodos óptimos asegura la efectividad del proceso de adaptación (21, 22, 24, 25).

### El instrumento PercOV-S

El instrumento original consta de un encabezado corto, sección de datos sociodemográficos con 20 ítems, y sección de percepción con 33 ítems, en total 53 ítems. Los 33 ítems que miden percepción se dividen en dos factores o dominios que contemplan las etapas: antes del parto, 13 ítems; durante el parto, 11 ítems; cesárea, 3 ítems; y después del parto, 6 ítems. Los ítems se miden con escala de Likert (1 a 5), fueron redactados en positivo y dan en el puntaje más alto (5) a la mayor percepción de violencia obstétrica. Así, el puntaje máximo de la escala global y en cada uno de los dos dominios es 5 (cinco), o sea, cuanto más próximo de 5 está el puntaje medio, más alta será la percepción de la violencia obstétrica (19, 26, 27).

## Procedimientos

El camino metodológico que se eligió constó de cuatro etapas: 1) Armonización lingüística del idioma; 2) Consulta con informantes-clave; 3) Entrevista cognitiva con estudiantes de ciencias de la salud (21, 22). Estas tres etapas se realizaron entre noviembre del 2021 y junio del 2022. La etapa 4) consistió en la prueba piloto para la validación psicométrica (28, 29), y se realizó entre julio y octubre del 2022.

Los procedimientos fueron: 1) se recomendó que la armonización lingüística fuera hecha por un experto que tenga como lengua materna el idioma del lugar donde se aplicará el instrumento (21, 22), en este caso el español de Ecuador. La lingüista experta debió leer cada ítem, analizarlo y, si no se requerían cambios, marcó con la letra A. Para ítems que sí necesitaban cambios menores, como ajustar el orden sintáctico de las palabras, preservando el significado, marcó con la letra B y proporcionó una sugerencia sobre cómo modificarlos. Marcó ítems que requirieron cambios semánticos o culturales con una C; en estos casos, la experta debió indicar cómo sugería reescribirlos. Para ítems que consideró inapropiados para el contexto local, marcó con una D. De ese modo, se hizo la revisión de la versión original, tras lo cual se obtuvo la primera versión del instrumento.

2) La segunda etapa, de adaptación, se llevó a cabo con ocho informantes-clave, o expertos (24, 30, 31). Para este estudio, se consideraron expertos y profesionales en el campo de la salud, especializados en partos, especialmente en partos humanizados, que trabajan el tema o lo han investigado; seis eran médicos y dos enfermeras profesionales, todos con estudios de cuarto nivel. Se consideró importante elegir a personas nativas de Ecuador que trabajaban en las cuatro regiones: costa, sierra, oriente e islas galápagos, para que los términos usados en la adaptación del instrumento fueran comprensibles en todas partes. Los informantes-clave proporcionaron información adicional a la suministrada por la lingüista; debido a esto, se consideró esta sección de la investigación como cualitativa, ya que permitió que los expertos redactaran sugerencias que a su parecer mejoraban la nueva versión. Se les pidió que utilizaran su juicio para elegir entre cada ítem en su versión original o la versión redactada por la lingüista los que ellos consideraban se comprendían mejor por parte del público-objetivo. Cada informante-clave debía indicar con la letra A la versión del ítem con la que estaban de acuerdo o marcar O si pensaban que el ítem necesitaba modificación, es decir, cuando ninguna versión les parecía satisfactoria. En tales casos, se les solicitó que proporcionaran una sugerencia sobre cómo debería reformularse. Al concluir esta etapa, se obtuvo la segunda versión del instrumento.

3) La tercera etapa de este procedimiento fue la entrevista cognitiva, una de las técnicas más efectivas para validar el contenido de instrumentos existentes. El objetivo era evaluar el significado de las respuestas del público-objetivo y determinar si la población-objetivo

y el investigador compartían los mismos conceptos con respecto a los temas planteados en el instrumento (32). La entrevista se llevó a cabo con un estudiante de enfermería y uno de medicina de dos universidades diferentes. La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada (21, 33), se revisó cada ítem del instrumento con las siguientes preguntas: ¿cuáles son tus pensamientos sobre esta pregunta?; ¿puedes articular esta pregunta con tus propias palabras?; ¿qué te vino a la mente cuando escuchaste la pregunta? Después de completar detalladamente esta etapa, no surgieron cambios en la segunda versión del instrumento, la cual sirvió para la adaptación de la final, que tiene la sigla PercOV-S-A.

4) La cuarta etapa fue la prueba piloto para la validación psicométrica (28, 29, 34); para esto se aplicó el instrumento adaptado a una muestra de 269 estudiantes de las carreras de enfermería y medicina de tres universidades en Ecuador. El instrumento fue subido en un formato digital y enviado mediante un link a los estudiantes que participaron voluntariamente en la prueba.

## Análisis de los datos

Para la información cualitativa, obtenida de los informantes-clave y de las entrevistas con los estudiantes, se realizó el siguiente análisis del contenido. Las entrevistas registradas en audio fueron transcritas para facilitar el análisis.

En la prueba piloto, para las variables cualitativas, se utilizaron frecuencias con números absolutos y porcentajes. Para las variables cuantitativas, se utilizaron: la media, desviación estándar (DE) e intervalos de confianza (IC) al 95 %.

Inicialmente, se analizó la normalidad de los datos, siguiendo una técnica visual con diagramas Q-Q, utilizando la prueba Shapiro-Wilk y los contrastes de Mardia. Para revisar la validez de constructo, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) (29). Después de establecidos los presupuestos estadísticos, se realizaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de Bartlett. Secuencialmente, se realizó el AFC por el método de “mínimos cuadrados no ponderados” (Unweighted Least Square-ULS) con rotación Varimax. Este análisis fue complementado con la prueba chi-cuadrado y el cálculo del “error cuadrático medio de aproximación” (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA) (28, 35). Para determinar la confiabilidad del cuestionario, se evaluó la consistencia interna, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y el coeficiente omega de McDonald’s ( $\omega$ ) (36, 37).

El análisis se realizó con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences-SPSS, versión 26, y JASP 0.17.2.1. Se estableció un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ . Los resultados están presentados en forma de tablas.

## Aspectos éticos

Para la adaptación del instrumento PercOV-S, se solicitó autorización al grupo de investigación de la Universidad Jaume I, responsable de su creación y validación.

El proyecto de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Humanos y el Departamento de Enseñanza de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, código EO-30-2021.

Participaron en la prueba piloto estudiantes de las carreras de enfermería y medicina de tres universidades ecuatorianas. Todos los participantes invitados a este estudio firmaron un formulario de consentimiento informado y se les señaló el aspecto de confidencialidad bajo el cual se mantendrían sus datos.

## Resultados

Para poder alcanzar la adaptación lingüística del instrumento diseñado en español de España al español de Ecuador, se realizaron varias reuniones con la lingüista, quien hizo un total de 10 cambios a la versión original. Los expertos hicieron un total de 33 sugerencias. Las sugerencias de la lingüista y de los ocho expertos fueron organizadas en un archivo en Excel, por separado. Se colocaron todas las sugerencias en un solo cuadro y el formato se aplicó a cada parte del instrumento (presentación, datos sociodemográficos y otros – ítems 1 a 20; percepción en general – ítems 21 a 33; durante el parto – ítems 34 a 44; en la cesárea – ítems 45 a 47; después del parto – ítems 48 a 53). En la tabla 1, se presenta un ejemplo de cambio en la versión original (~~tachado~~), que resultó en versión final (**negrita**) (versión 2).

**Tabla 1.** Ejemplo de cuadro con las sugerencias de la lingüista e informantes-clave 2021-2022

Instrumento – Ítems 21 a 33 (ejemplo de los ítems 21 a 25)	
Versión original	Percepción
	Establece una puntuación de 1 (nada de violencia obstétrica) a 5 (mucho violencia obstétrica), según el grado en que considere que las siguientes actuaciones son violencia obstétrica.
	<del>21. Canalizar vía intravenosa al ingreso de las gestantes.</del>
	<del>22. Para aliviar el dolor, hay que decirle a la mujer la mejor posición para colocarse.</del>
	<del>23. Administrar medicación para acelerar el proceso del parto.</del>
	<del>24. Administración de un enema. (Esto implica introducir líquidos en el recto y el colon a través del ano para que la mujer no defeque cuando haga fuerza durante el parto)</del>
<del>25. Romper artificialmente la bolsa para acelerar el proceso de parto.</del>	

Instrumento – Ítems 21 a 33 (ejemplo de los ítems 21 a 25)	
Versión 2	Percepción
	Establece una puntuación del 1 (nada de violencia obstétrica) al 5 (muchísima violencia obstétrica), según el grado en que considere que las siguientes actuaciones son violencia obstétrica.
	<b>21. Canalizar vía intravenosa al ingreso de todas las gestantes.</b>
	<b>22. Para aliviar el dolor hay que decirle a la mujer la mejor posición en la que debe colocarse.</b>
	23. Administrar medicación para acelerar el proceso del parto.
	24. Administración de un enema. (Esto implica introducir líquidos en el recto y el colon a través del ano para que la mujer no defeque cuando haga fuerza durante el parto)
	<b>25. Romper artificialmente las membranas amnióticas para acelerar el proceso de parto.</b>

Fuente: elaboración propia, resultados de investigación, 2024.

Se eligió la mejor sugerencia entre las realizadas por la lingüista y los informantes-clave y se obtuvo la segunda versión del instrumento, la cual fue utilizada para hacer la entrevista cognitiva. En la etapa de la entrevista cognitiva, realizada en forma particular a los dos estudiantes, no surgieron sugerencias. La segunda versión fue la elegida como versión final del instrumento, nombrada como PercOV-S-A.

En el instrumento, los ítems 1 a 20 son datos sociodemográficos y preguntas que no se destinan a medir la percepción de violencia obstétrica: edad; género; informaciones académicas y profesionales; antecedentes personales de embarazo y parto (para las estudiantes mujeres); actividades de aprendizaje práctico en obstetricia durante el curso. Los siguientes 33 ítems de la escala miden percepción, con una puntuación de 1 a 5.

La tabla 2 presenta los ítems 21 a 53 del instrumento, adaptados. Debajo de cada ítem, se solicitó que se señale una única opción (1-2-3-4-5) en la figura que está bajo el enunciado. Los ítems 21 a 33 se refieren a la percepción general; del 34 al 44, durante el parto; del 45 al 47, en la cesárea; y del 48 al 53, después del parto.

Para la prueba piloto se usó la versión final del instrumento PercOV-S-A, compartida en formato digital. Esta fue respondida por 289 estudiantes, se descartaron 20 por encontrarse incompletas; solo 269 fueron válidas para el análisis.

La validación de los datos se presenta en las siguientes partes: caracterización de la muestra; análisis exploratorio de los datos del cuestionario; análisis factorial confirmatorio (Tablas 3 y 4); análisis de la confiabilidad del instrumento (Tablas 5 y 6); puntuación total de la escala y por dominios (Tabla 7).

Sobre las características sociodemográficas de los estudiantes, la media de edad fue 21,8 (DE=4,5) años, con mínimo de 18

**Tabla 2.** Ítems para medir percepción de violencia obstétrica del instrumento PercOV-S-A con el enunciado y ejemplo de lugar de marcación en ítem 21, 2021-2022

<b>Establezca una puntuación del 1 (nada de violencia obstétrica) al 5 (mucha violencia obstétrica), según el grado en que considere que las siguientes actuaciones son violencia obstétrica.</b>	
21.	Canalizar vía intravenosa al ingreso de todas las gestantes.
	Por favor, seleccione solo una de las siguientes opciones:
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>1</span> <span>2</span> <span>3</span> <span>4</span> <span>5</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div>
22.	Para aliviar el dolor, hay que decirle a la mujer la mejor posición en que debe colocarse.
23.	Administrar medicación para acelerar el proceso del parto.
24.	Administración de un enema. (Esto implica introducir líquidos en el recto y el colon a través del ano para que la mujer no defaque cuando haga fuerza durante el parto)
25.	Romper artificialmente las membranas amnióticas, para acelerar el proceso de parto.
26.	Realizar el rasurado genital. (Corte del vello púbico)
27.	Si la mujer está muy inquieta, puede ser sujeta.
28.	Realizar tacto vaginal sin consentimiento de la mujer.
29.	No ofrecer medidas para tratar el dolor.
30.	Intentar convencer a la mujer del uso de la epidural.
31.	No preservar la intimidad de la mujer.
32.	Intentar convencer a la mujer de la realización de una cesárea para terminar el parto sin dolor y/o más rápidamente.
33.	Convencer a la mujer de las decisiones clínicas tomadas sin considerar su opinión.
34.	Tomar imágenes sin permiso durante el parto.
35.	En la fase de expulsivo, el profesional debe asegurarse que la mujer esté colocada en posición de litotomía.
36.	Durante el expulsivo y postparto inmediato, la mujer solamente puede estar acompañada si no se instrumenta el parto o si éste no es una cesárea. (Si el parto se instrumenta o es una cesárea, la mujer no puede estar acompañada)
37.	Realizar una episiotomía, en caso de ser necesario, sin pedir permiso previamente. (Una episiotomía es un corte que se realiza en la vagina para ampliar el canal del parto)
38.	Verbalizar o expresar: “¿Es que no sabe pujar?”
39.	Realizar la maniobra de Kristeller. (Apretar la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el puje de la mujer)
40.	Realizar una episiotomía sin anestesia.
41.	Prohibir comer y/o beber durante el parto.
42.	No proporcionar climatización de la habitación acorde a la ubicación geográfica. (frío=abrigo o calor=aire acondicionado)
43.	Verbalizar o expresar: “Deja de quejarte, que tampoco es para tanto”.
44.	Intentar que la mujer no grite explicándole que puede asustar al resto de mujeres.
45.	Se puede justificar una cesárea porque el parto normal se demorará mucho tiempo.
46.	Ante la necesidad de hacer una cesárea de urgencia, el/la ginecólogo/a explica el consentimiento informado, pero no hace falta asegurarse de que la gestante es consciente de lo que se le está explicando ni tampoco firmar ningún documento.
47.	No permitir el acompañamiento durante la cesárea/parto instrumentado.
48.	El cordón umbilical debe ser cortado inmediatamente después del nacimiento.
49.	Ante un desgarro, suturar sin anestesia.
50.	Separar a la madre del bebé sin razón médica avalada por la evidencia científica.
51.	El contacto piel con piel debe realizarse después de la revisión pediátrica de neonato. (matrona y/o pediatra)
52.	Facilitar el descanso materno, aunque no se haya establecido la lactancia materna, llevando el bebé a la sala de bebés.
53.	Dar al recién nacido hospitalizado otra alimentación que no sea leche materna, sin la autorización de la madre.

Fuente: elaboración propia, resultados de investigación, 2024.

y máximo de 49 años; 75,8 % (n=204) eran del sexo femenino; 12,3 % (n=33) habían estado embarazadas, de este porcentaje el 1,9 % hasta hace menos de 1 año; 5,2 % de 1 a 4 años; y 5,2 % hace más de 4 años. Del total de las mujeres encuestadas 9,7 % (n=26) habían tenido algún parto (hasta hace menos de 1 año 1,1 %, hasta hace 1 a 4 años 4,5 %, y hace más 4 años 4,1 %).

Las pruebas de diagramas de QQ mostraron comportamiento de no normalidad de los datos de las preguntas 21 a 53 del instrumento, comprobado por las pruebas de Shapiro-Wilks. También se verificaron los supuestos de normalidad multivariante a través de los contrastes de Mardia. En este caso, los contrastes de asimetría y curtosis multivariantes, considerados tanto por separado como conjuntamente, permitieron rechazar la hipótesis nula de distribución normal multivariante para cualquier nivel de significación, puesto que todos los p-valores asociados a los estadísticos son ceros.

Se establecieron los supuestos estadísticos para los análisis más apropiados para la validación de la escala PercOV-S-A, por lo que se utilizó el AFC; se realizó tanto la prueba de KMO ( $p=0,955$ ) como la prueba de esfericidad de Bartlett ( $X^2=6107,28$ ;  $p\leq 0,000$ ). Ambas pruebas demostraron que era posible la realización de este análisis. De acuerdo con el incumplimiento del supuesto de normalidad multivariante en la matriz de datos comprobada anteriormente, el método de estimación utilizado fue el de ULS con rotación Varimax. Se demostró que el modelo utilizado tiene un buen ajuste, pues el valor de p significativo estaba por debajo de 0,05 (tabla 3).

**Tabla 3.** Prueba Chi cuadrado ( $X^2$ ) de ajuste al modelo, grados de libertad (gl) y p-valor. Ecuador, 2022

Modelo	$X^2$	gl	p-valor
Base	6208,74	496	
Factorial	1377,95	462	<0,001

Fuente: elaboración propia, resultados de investigación, 2024.

Además, se calculó el RMSEA y su IC95 %. Se observó que el RMSEA puede considerarse aceptable para este tamaño muestra (tabla 4).

**Tabla 4.** Medidas de ajuste adicionales RMSEA. Ecuador, 2022

Métrica	Valor
RMSEA	0,08
RMSEA IC95 % - límite inferior	0,07
RMSEA IC95 % - límite superior	0,09
Valor-p de RMSEA	$1,216 \times 10^{-13}$

Fuente: elaboración propia, resultados de investigación, 2024.

El análisis factorial explicó el 52,6 % de la varianza en tres factores. El primer factor, o dominio, explicó el 41,1 % de la varianza y comprendió 18 ítems. A este dominio se le llamó Trato insensible y cruel. El segundo factor, o dominio, ha explicado el 8,6 % de la varianza y comprendió 9 ítems; se le denominó Violencia normatizada. El tercer factor, o dominio, explicó el 2,9 % de la varianza, comprendió 6 ítems y se le nombró Negligencia y manipulación (tabla 5).

**Tabla 5.** Cargas por factores/dominio. Ecuador, 2022

Dominios	Factores		
	1	2	3
<b>Dominio 1-Trato insensible y cruel</b>			
Sujetar a la mujer parturienta inquieta	0,52	0,18	0,50
Tacto vaginal sin consentimiento	0,66	-0,03	0,55
No preservar intimidad	0,55	0,14	0,49
Convencer para hacer cesárea	0,43	0,32	0,43
Fotos sin autorización	0,87	0,02	0,29
Parto instrumentado sin compañía	0,60	0,31	0,12
Episiotomía sin consentimiento informado	0,55	0,27	0,28
Decir: “No sabe pujar”	0,86	0,02	0,27
Episiotomía sin anestesia	0,73	0,13	0,34
Climatización durante el parto	0,67	0,20	0,25
Decir: “deje de quejarse, tampoco es para tanto”	0,83	0,06	0,34
Intentar que la mujer no grite	0,67	0,25	0,17
Justificar cesárea por lentitud de dilatación	0,53	0,35	0,17
No asegurarse de explicar el consentimiento informado	0,54	0,32	0,24
Parto instrumentado o cesárea sin compañía	0,74	0,25	0,06
Suturar desgarro sin anestesia	0,82	0,14	0,21
Separar al bebé de la madre sin justificación médica	0,78	0,14	0,26
Ofrecer otra alimentación a recién nacido hospitalizado	0,77	0,12	0,31
<b>Dominio 2-Violencia normatizada</b>			
Colocar vía intravenosa al ingreso	0,07	0,40	0,18
Indicar posición a colocarse	0,32	0,53	0,00
Rasurado genital	0,14	0,39	0,18
Expulsivo en litotomía	0,14	0,66	0,04
Realizar Kristeller en expulsivo	0,35	0,56	0,23
Prohibir comer/beber parto	0,11	0,56	0,00
Cordón umbilical cortado inmediatamente	0,06	0,50	0,14
Contacto piel con piel después de valoración del bebé	0,08	0,60	-0,03
Facilitar descanso materno sin establecer lactancia	0,31	0,55	0,19

<b>Dominio 3-Negligencia y manipulación</b>			
Acelerar parto con medicación	0,16	0,36	0,43
Realizar enema	0,40	0,32	0,49
Realizar ruptura prematura de membranas	0,45	0,25	0,48
No ofrecer medidas para dolor	0,44	0,04	0,54
Convencer uso epidural	0,21	0,35	0,54
Convencer de decisiones sin su opinión	0,53	0,01	0,62

Fuente: elaboración propia, resultados de investigación, 2024.

Se utiliza el alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y del indicador de McDonald's ( $\omega$ ) para verificar la fiabilidad global del cuestionario, en general y por dominios. Los valores de  $\alpha$  y de  $\omega$  se mostraron excelentes (tabla 6).

**Tabla 6.** Estadísticas de confiabilidad del cuestionario. Ecuador, 2022

<b>Cuestionario</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach (IC95%)</b>	<b>McDonalds (IC95%)</b>
General	0,95 (0,94-0,96)	0,95 (0,94-0,96)
Dominio 1-Trato insensible y cruel	0,96 (0,95-0,96)	0,96 (0,95-0,96)
Dominio 2-Violencia normatizada	0,79 (0,76-0,83)	0,80 (0,76-0,83)
Dominio 3-Negligencia y manipulación	0,83 (0,80-0,86)	0,83 (0,80-0,86)

Fuente: elaboración propia, resultados de investigación, 2024.

El puntaje máximo de la escala, global y en cada uno de los dos dominios es 5 (cinco), o sea, cuanto más próximo de 5 sea el puntaje medio, más alta será la percepción de la violencia obstétrica. La puntuación general de la escala PercOV-S-A, así como los dominios 1, 2 y 3, indicaron una alta percepción de violencia obstétrica por parte de los estudiantes. Los valores de las medias, desviación estándar (DE) e intervalos de confianza al 95 % se presentan en la tabla 7.

**Tabla 7.** Puntuación del cuestionario. Ecuador, 2022

<b>Cuestionario</b>	<b>Puntuación</b>	
	<b>Media (DE)</b>	<b>95 %IC</b>
General	3,42 (0,88)	3,31-3,52
Dominio 1-Trato insensible y cruel	3,53 (1,03)	3,41-3,66
Dominio 2-Violencia normatizada	2,77 (0,87)	2,66-2,87
Dominio 3-Negligencia y manipulación	3,36 (1,04)	3,23-3,48

Fuente: elaboración propia, resultados de investigación, 2024.

## Discusión

La utilización de un instrumento, aunque creado en el idioma común de los hablantes de diferentes países, debe mantener la capacidad de evaluar lo que se propone en la versión original, es decir, en la lengua que fue creado. Por lo tanto, en ese caso, no se trata de la traducción del instrumento, sino de su adaptación, que exige una armonización en los aspectos lingüísticos y culturales (21, 22).

Ecuador se reconoce como un país pluricultural y multiétnico, clasificado en 14 nacionalidades indígenas y 18 pueblos indígenas, que se encuentran en las cuatro regiones del país: costa, sierra, oriente e insular. Cada una de estas regiones mantiene costumbres ancestrales familiares e individuales, idiomas diferentes y riqueza cultural incalculable, que intervienen en todos los aspectos de la vida y, por supuesto, en lo relacionado con el embarazo, parto y posparto. El castellano se reconoce como el idioma oficial (21, 38).

La adaptación lingüística y cultural del instrumento PercOV-S se realizó siguiendo los procedimientos establecidos en la literatura, adoptando las recomendaciones de autores especializados en la metodología de adaptación transcultural. Para llevar a cabo este proceso, se implementaron dos técnicas altamente sugeridas: la formación de un comité de expertos y la realización de entrevistas cognitivas, las cuales fueron aplicadas en este trabajo específico (21, 30, 32).

El proceso de revisión semántica, idiomática, cultural y conceptual de la versión original se inició con la participación de una lingüista que desempeñó un papel fundamental para garantizar la precisión del lenguaje en el formato final (30, 39). Posteriormente, se contó con la colaboración de expertos, informantes-clave, lo que se convirtió en un punto fuerte, ya que aportaron información valiosa y una perspectiva que enriqueció tanto la visión de las investigadoras como la de la lingüista, contribuyendo así a lograr la mejor versión del instrumento (31, 40). Para la etapa de los expertos, los profesionales seleccionados representaban cada una de las regiones del Ecuador, de manera que este tuviera la adecuada adaptación idiomática y pudiera ser usado en cualquiera de las regiones, por separado, o en todas las regiones en conjunto.

En la etapa de la entrevista cognitiva con el instrumento PercOV-S ya modificado como PercOV-S-A, se confirmó que cada ítem tenía el mismo significado tanto para los estudiantes como para la lingüista, expertos e investigadoras (21, 33, 40, 41). Este proceso verificó que los estudiantes comprendían el significado de todos los ítems, lo que respaldaba la conclusión de que el instrumento era culturalmente aplicable.

La adaptación del instrumento no garantizaba su validación final, pues esta nueva versión debía ser avalada entre el público-objetivo para el análisis de las propiedades psicométricas de la PercOV-S-A. El rigor metodológico y estadístico fue fundamental para su apro-

bación de contenido y de constructo, que es la finalidad de los estudios psicométricos. Los atributos de un instrumento validado deben ser acordes con su contenido y constructo. La validez de contenido se refiere a la capacidad del instrumento de reflejar adecuadamente el constructo que se quiere medir. A su vez, la validez de constructo se refiere a la capacidad de medir aquello que efectivamente se propone medir en todos sus ítems(42).

Así, además de las etapas para adaptar el instrumento, el análisis estadístico favoreció sus propiedades psicométricas. Para eso, se respetaron los presupuestos estadísticos con análisis de la normalidad de los datos, el AFC y sus complementos y el análisis de confiabilidad de la escala PercOV-S-A, conforme está detallado en el método y en los resultados. En el caso del instrumento original de España, los investigadores reportaron que la confiabilidad interna fue excelente (43).

En el presente estudio, para la percepción de violencia obstétrica, la media general de la puntuación de la escala PercOV-S-A fue de 3,42 (DE=0,88), mientras que en el estudio de validación de España, la puntuación de la PercOV-S fue 4,14 (DE  $\pm$ 0,61) (44). Usando el mismo instrumento en otro estudio y con otro grupo de participantes, la media general fue de 2,79 (DE=0,61) (45). Los dos estudios realizados en España, con el mismo instrumento, sumado al actual, realizado en Ecuador con el instrumento adaptado, indican que la percepción de los estudiantes sobre la violencia obstétrica fue alta.

Respecto a los factores o dominios del instrumento adaptado, el primer dominio (Trato insensible y cruel) incluye la mayoría de los ítems y presenta la mayor puntuación media. En el segundo dominio (Violencia normatizada), seis de los nueve ítems coinciden con el primer dominio de la investigación realizada en España, al que llamaron Violencia visible o protocolizada. Estas intervenciones se encuentran normalmente justificadas en los hospitales o centros de salud donde se atienden mujeres en embarazo parto o puerperio y, a pesar de que existe extensa evidencia científica que prueba lo perjudicial de estos procedimientos, estos se mantienen en el tiempo, afectando a las mujeres en embarazo. En el caso de Ecuador, en la: Guía de práctica clínica atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (46), varios de los ítems fueron identificados como no recomendados (28-30).

Aunque no sea adecuado interpretar los factores por separado, una mirada a los tres dominios ofrece una visión cualitativa de la percepción de los estudiantes. De manera ideal, es crucial no descuidar la humanización de la educación de los futuros profesionales de la salud, sobre todo si se integra la enseñanza de alto nivel con la tecnología. Es fundamental promover la atención respetuosa durante el parto, orientar a los estudiantes en el pensamiento crítico y la resolución de situaciones complejas,

incluso en contextos con recursos limitados. El desarrollo de habilidades debe incluir la toma de decisiones colaborativas con las parturientas, respetando sus creencias y derechos. Este enfoque integral no solo fortalece la formación técnica, sino que también contribuye a la construcción de profesionales de la salud comprometidos con la ética, la empatía y el respeto hacia quienes reciben atención a la salud (22).

Al presentar este nuevo instrumento a la comunidad de salud en formación, se pretende visibilizar de alguna manera la violencia obstétrica, lo que a su vez permitirá prevenirla con una adecuada formación en las aulas o reeducación en las áreas hospitalarias.

En enfermería, la formación debe ser, además de científica, humanitaria; por esta razón, se considera que este instrumento puede ser usado durante la formación de enfermeras y enfermeros, incluso antes y después de ver temas relacionados con violencia obstétrica. Independientemente de la definición o clasificación elegida para abordar el estudio de la violencia obstétrica, resulta innegable su existencia. Diversos movimientos sociales, académicos y grupos de investigación están actualmente activos, y asumen este fenómeno a nivel global (47). Su objetivo es generar información, dar visibilidad al problema, realizar comparaciones, así como comprender las consecuencias tanto en la salud física como psicológica de las mujeres afectadas. Este esfuerzo conjunto busca proporcionar bases sólidas para la formulación de políticas de salud futuras a nivel nacional e internacional, y asegurar la asignación adecuada de recursos para abordar eficazmente esta problemática (10, 15, 48).

## Limitación del estudio

Una limitación del estudio es la poca representatividad de expertos en el parto humanizado como informantes-clave de la región insular del Ecuador. Sin embargo, se completó el número de profesionales gracias a una ginecóloga que, aunque hacía poco tiempo había dejado la región, trabajó allí por más de ocho años.

## Conclusión

El instrumento PercOV-S-A, diseñado para evaluar la percepción de violencia obstétrica en estudiantes de ciencias de la salud, es plenamente utilizable en el Ecuador, para el propósito originalmente concebido.

Es imperativo considerar la prevención de la violencia obstétrica durante la formación de los futuros profesionales de la salud, con el objetivo de empoderar a las mujeres como protagonistas de sus propios procesos de embarazo y parto. Se requiere evidencia adicional de estudios más amplios para establecer su rendimiento psicométrico y validez clínica.

# Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés en, durante y después de escrito este artículo.

## Referencias

1. Barros MM. A violência obstétrica como violência de gênero; 2023. [https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANI-MA/35752/1/ARTIGO\\_CIENTÍFICO\\_MARIELLEN%283%29.pdf](https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANI-MA/35752/1/ARTIGO_CIENTÍFICO_MARIELLEN%283%29.pdf)
2. Schoene BEF, Oblasser C, Stoll K, Gross MM. Midwifery students witnessing violence during labour and birth and their attitudes towards supporting normal labour: A cross-sectional survey. *Midwifery* [Internet]. 2023;119:103626. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103626>
3. Blundell J. Lectures on the theory and practice of midwifery, delivered at guys hospital. *Lancet*. 1827;(222). DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)75285-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)75285-3)
4. Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2017;34(1):104–11. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104)
5. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, de los Ríos MM, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018;143(1):84–8. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
6. Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. Violência Obstétrica “Parirás com dor” [Internet]. *Brasil: Rede Parto de Princípio*; 2012. p. 188. <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>
7. Yalley AA, Jarašūnaitė-Fedosejeva G, Kömürçü-Akik B, de Abreu L. Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Front Public Heal*. 2024;12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858>
8. Grilo Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, de Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):19–35. DOI: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>
9. Lansky S, De Souza KV, De Moraes Peixoto ER, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(8):2811–24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
10. Fors M, Falcon K, Brandão T, Vaca A, Cañadas S, González CEV. Reliability and dimensionality of eprevo “experiencias de parto relacionadas a violencia obstétrica”: Development of a new instrument, Ecuador. *Int J Womens Health*. 2021;13:569–77. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S305741>
11. Mena-Tudela D, Roman P, González-Chordá V, Rodríguez-Arrastia M, Gutiérrez-Cascajares L, Roperio-Padilla C. Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study [Internet]. *Women and Birth*; 2022. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1871519222002980?token=9C5F8683CA-5BB3C2CD6D3FCD24E26AC3736C9DBC2A9DE60E89F48FCB-8FAA50616039E000999A35C57DA21C329777CF5A&originRegion=us-east-1&originCreation=20230219035532>
12. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*. 2019;394(10210):1750–63. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
13. Calvo Aguilar O, Torres Falcón M, Valdez Santiago R. Obstetric violence criminalised in Mexico: A comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission. *BMJ Sex Reprod Heal*. 2020;46(1):38–45. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjsexrh-2018-200224>
14. Villareal M. Profesionalización y control social en la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Central del Ecuador [Tesis de maestría]. Quito: Andina Simón Bolívar; 2016. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5496/1/T2233-MH-Villareal-Profesionalizacion.pdf>
15. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6):1–32. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
16. Brandão-Oliveira T, Martínez-Pérez A. Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica. Vol. 7, Religación. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2022. e210990. DOI: <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.990>
17. Ledesma Muñoz DB, Martens C, Brandão T. Violencia obstétrica en Ecuador: una realidad invisibilizada. *Mundos Plur - Rev Latinoam Políticas y Acción Pública*. 2023;10(1):39–57. DOI: <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2023.5946>
18. Gray T, Mohan S, Lindow S, Pandey U, Farrell T. Obstetric violence: Comparing medical student perceptions in India and the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2021;261:98–102. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.04.013>
19. Mena-Tudela D, Cervera-Gasch A, Alemany-Anchel MJ, Andreu-Pejó L, González-Chordá VM. Design and validation of the percov-s questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):1–12. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
20. Biurrun-Garrido A, Brigidi S, Mena-Tudela D. Perception of health sciences and feminist medical students about obstetric violence. *Enfermería Clínica (English Ed)*. 2023;33(3):234–43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2023.02.007>
21. Aguilar L, Castellanos M. Adaptación Lingüístico-Cultural de una Escala Argentina de Perfeccionismo Infantil al Contexto Venezolano. *Rev la Univ Oviedo* [Internet]. 2016;21(2):1–32. DOI: <https://doi.org/10.17811/rema.21.2.2016.1-32>

22. Ortiz-Gutiérrez S, Cruz-Avelar A. Translation and Cross-Cultural Adaptation of Health Assessment Tools. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109(3):202–6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.012>
23. INEC. Estadísticas Vitales INEC 2022 [Internet]. 2023. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2022/Principales\\_resultados\\_EDG\\_2022.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2022/Principales_resultados_EDG_2022.pdf)
24. Lira MT, Caballero E. Cross-Cultural Adaptation of Evaluation Instruments in Health: History and Reflections of Why, How and When. *Rev Medica Clin Las Condes* [Internet]. 2020;31(1):85–94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.003>
25. Dhakal P, Creedy DK, Gamble J, Newnham E, McInnes R. Effectiveness of an online education intervention to enhance student perceptions of Respectful Maternity Care: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2022;114(April):105405. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105405>
26. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saude Publica*. 2019;35(7):e00223018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223018>
27. Patiño LC, Morales LF, Duque P. Violencia obstétrica: Conocimientos sobre concepciones y prácticas que tienen los estudiantes del pregrado de medicina y enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín [Tesis de pregrado] Medellín: Universidad de Antioquia; 2021. <http://hdl.handle.net/10495/24461>
28. Browne MW, Cudeck R. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociol Methods Res*. 1992;21(2):230–58. DOI: <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
29. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol*. 2014;30(3):1151–69. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
30. Commission IT. International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests [Internet]. Gefunden am. 2017. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:International+Test+Commission+Guidelines+for+Translating+and+Adapting+Tests#0> El enlace no direcciona al documento No es claro qué tipo de fuente es esta
31. Rodríguez-Acelas AL, de Ávila ML, Getial DY, de Abreu Almeida M, Cañon-Montañez W. Cross-cultural adaptation for Colombia and content validity of the RAC scale for assessing the risk of infection in hospitalized adults. *Rev Cuid*. 2022;13(1). DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2406>
32. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Rev Cuba Educ Medica Super*. 2015;28(3):547–58.
33. Caicedo E, Zalazar M. Entrevistas cognitivas: Revisión, directrices de uso y aplicación en investigaciones psicológicas. *Rev Avaliação Psicológica*. 2018;17(3):362–70. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14883.09>
34. Rubio Martín S, Susana Rubio Martín A. Enfermería Basada en la Evidencia: Investigación Clínica Aplicada a las Ciencias de la Salud. *Enfermería en Cardiología*. 2013;20(58-59):21–27.
35. Rodríguez-Rodríguez J, Reguant-Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Rev d'Innovació i Recer en Educ*. 2020;3:1–13. DOI: <https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>
36. Mena-Tudela D. Implantación y evaluación de una estrategia interactiva de Práctica Basada en la Evidencia en alumnos de Enfermería. Universidad Jaume I; 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-448-9.00007-7>
37. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth* [Internet]. 2021;34(5):e526–36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
38. Ecuador M de SP. Componente Normativo Neonatal. Minist Salud Pública [Internet]. 2008;1–64. [http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/Guia\\_Tecnica\\_Atencion\\_del\\_Parto\\_Culturalmente\\_Adecuado.pdf](http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/Guia_Tecnica_Atencion_del_Parto_Culturalmente_Adecuado.pdf)
39. Vargas Vasquez AN, Pardo Torres MP. Validez y consistencia interna del instrumento Vínculo entre padres e hijos neonatos. *Enfermería Glob*. 2020;19(3):255–85. <https://doi.org/10.6018/eglobal.403721>
40. Rahman A, Iqbal Z, Waheed W, Hussain N. Translation and cultural adaptation of health questionnaires. *J Pak Med Assoc*. 2003;53(4):142–7. PMID: 12776898
41. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2015;68(4):435–41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
42. Hernández A, Hidalgo MD, Hambleton RK, Gómez-Benito J. International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*. 2020;32(3):390–8. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.306>
43. Mena-Tudela D, González-Chordá V, Soriano-Vidal FJ, Bonnad-Carrasco T, Centeno-Rico L, Vila-Candel R, et al. Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2020;88(February):104364. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364>
44. Mena-Tudela D, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Alemany-Anchel MJ, Valero-Chillerón MJ, Peris-Ferrando E, et al. Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2022;110(December 2021). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105266>
45. Biurrun-Garrido A, Brigidi S, Mena-Tudela D. Percepción de estudiantes de ciencias de la salud sobre la violencia obstétrica. *Enfermería Clínica*. 2023;33(3):234–43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.02.005>
46. Ecuador MSP. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. 2015th ed. Vol. 1. MSP; 2015. p. 1–64. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC\\_Atencion\\_del\\_trabajo\\_parto\\_posparto\\_y\\_parto\\_inmediato.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf)
47. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, Transformar la atención a mujeres y neonatos para. *Dep Salud Reprod e Investig Conex Organ Mund la Salud* [Internet]. 2018;WHO-RHR-18(8):1–8. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
48. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):1–14. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph1721726>