



MedUNAB  
ISSN: 0123-7047  
ISSN: 2382-4603  
medunab@unab.edu.co  
Universidad Autónoma de Bucaramanga  
Colombia

Aguilar-Bernal, Luisa Alejandra; Ospina-González,  
Marta Lucía; Sierra-Matamoros, Fabio Alexander  
Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia  
MedUNAB, vol. 27, núm. 2, 2024, Agosto-Noviembre, pp. 151-163  
Universidad Autónoma de Bucaramanga  
Santander, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4807>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71981766005>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante  
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia



## REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 27(2):164-176, agosto – noviembre 2024  
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



*Artículo original*

# Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia

Construction and validation of a scale for measuring obstetric violence in Colombia

Construção e validação de uma escala de medição da violência obstétrica na Colômbia

**Luisa Alejandra Aguilar-Bernal**  

[luisa.aguilar@juanncorpas.edu.co](mailto:luisa.aguilar@juanncorpas.edu.co) 

Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

**Marta Lucía Ospina-González**  

[mlospina@fucsalud.edu.co](mailto:mlospina@fucsalud.edu.co)

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

**Fabio Alexander Sierra-Matamoros**  

[fasierra@fucsalud.edu.co](mailto:fasierra@fucsalud.edu.co)

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 23 de octubre de 2023

Artículo aceptado: 30 de noviembre de 2024

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4807>

**Cómo citar.** Aguilar-Bernal LA, Ospina-González ML, Sierra-Matamoros FA. Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia. MedUNAB [Internet]. 2024;27(2):164-176. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4807>

## RESUMEN

**Introducción.** La violencia obstétrica es un fenómeno que consiste en la sobremedicalización del proceso del parto. Este fenómeno es latente pero aún invisible en varios países de Latinoamérica, por lo que el objetivo de esta investigación fue elaborar y validar un instrumento capaz de medir la violencia obstétrica contextualizada al escenario colombiano. **Métodología.** Los ítems se construyeron a partir de una investigación cualitativa previa. La escala se validó mediante teoría clásica del test, evaluando la consistencia interna y la validez de apariencia y contenido, y mediante teoría de respuesta al ítem usando el modelo de Rasch, para evaluar la capacidad de discriminación de la escala, el ajuste de los ítems al proceso de medición, las funciones de información y la distribución de las personas e ítems a lo largo del constructo con una muestra de



VIGILADA MINEDUCACIÓN

## Contribución de los autores

### LAAB.

Conceptualización, metodología, recolección de datos, análisis de datos, redacción del artículo. **MLOG.**

Conceptualización, redacción del artículo.

**FASM.** Asesoría metodológica, análisis de datos.

250 mujeres con experiencia de parto institucionalizado. **Resultados.** El análisis factorial permitió encontrar una estructura de tres factores; los coeficientes de consistencia interna estuvieron entre 0.79 y 0.87. Todos los ítems se ajustaron al proceso de medición, abarcando un amplio rango del constructo. **Discusión.** En la literatura se encuentran otras escalas latinoamericanas que abordan el constructo con teoría clásica del test; sin embargo, HUMANITY ha mostrado coeficientes favorables que miden el constructo basadas en investigación cualitativa previa. **Conclusiones.** HUMANITY es una escala válida y confiable para medir cuantitativamente la violencia obstétrica en el contexto colombiano.

### Palabras clave:

Violencia de Género; Entorno del Parto; Salud materna; Servicios de Salud Materna; Parto Obstétrico; ViolenciaIntroduction

## ABSTRACT

**Introduction.** Obstetric violence is a phenomenon that consists of the over-medicalization of the process of delivery. This is still ongoing but invisible in different countries in Latin America. Hence, this research aimed to develop and validate an instrument capable of measuring obstetric violence contextualized to the Colombian scenario. **Methodology.** The items were constructed from previous qualitative research. The items were constructed from previous qualitative research. The scale was validated through classical test theory, evaluating internal consistency and appearance and content validity, and through item response

theory, using the Rasch model to assess the discrimination capacity of the scale, the adjustment of the items to the measurement process, the information functions and the distribution of people and items throughout the construct with a sample of 250 women with experience of institutionalized childbirth. **Results.** Factor analysis allowed us to find a three-factor structure. The internal consistency coefficients were between 0.79 and 0.87. All items were adjusted to the measurement process, covering various constructs. **Discussion.** In the literature, other Latin American scales address the construct with classical test theory; however, HUMANITY has shown favorable coefficients that measure the construct based on previous qualitative research. **Conclusions.** HUMANITY is a valid and reliable scale to quantitatively measure obstetric violence in the Colombian context.

### Keywords:

Gender-Based Violence; Birth Setting; Maternal Health; Maternal Health Services; Delivery, Obstetric; Violence

## RESUMO

**Introdução.** A violência obstétrica é um fenômeno que consiste na medicalização excessiva do processo de parto. Este fenômeno é latente, mas ainda invisível em vários países da América Latina, pelo que o objetivo desta pesquisa foi desenvolver e validar um instrumento capaz de medir a violência obstétrica contextualizada no contexto colombiano. **Metodologias.** Os itens da escala foram construídos com base em pesquisas qualitativas prévias. A escala foi validada através da teoria clássica dos testes, avaliando a consistência interna e a validade de face e de conteúdo, e através da teoria da resposta ao item, utilizando o modelo de Rasch, para avaliar a capacidade discriminatória da escala, a adequação dos itens ao processo de medição, as funções de informação e a distribuição das pessoas e dos itens ao longo do constructo, com uma amostra de 250 mulheres com experiência de parto institucionalizado. **Resultados.** A análise fatorial revelou uma estrutura de três fatores; os coeficientes de consistência interna variaram entre 0.79 e 0.87. Todos os itens se ajustaram ao processo de medição, cobrindo uma vasta gama do constructo. **Discussão.** Na literatura, existem outras escalas latino-americanas que abordam o constructo com a teoria clássica dos testes; no entanto, a escala HUMANIDADE apresentou coeficientes favoráveis à medição do constructo com base em investigação qualitativa anterior. **Conclusões.** A escala HUMANITY é um instrumento válido e fiável para medir quantitativamente a violência obstétrica no contexto colombiano.

### Palavras-chave:

Violência de Género; Entorno do Parto; Saúde Materna; Serviços de Saúde Materna; Parto Obstétrico; Violência

## Introducción

La violencia obstétrica (VO) se define como “una intersección entre la violencia institucional y la violencia de género que tiene que ver con la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud”, lo cual se traduce en trato deshumanizado, patologización y medicalización de los procesos naturales, como lo es el proceso del parto (1).

Este es un fenómeno con poca descripción cuantitativa en Colombia, debido a la invisibilización de la existencia de esta problemática a nivel constitucional, pues en un intento de reconocer la VO, se creó el proyecto de ley 147 de 2017, que no tuvo un final exitoso por la polémica generada en el gremio médico (2); sin embargo, otros países que ya han apropiado el concepto cuentan con algunas medidas de prevalencia. En países del continente africano, se reportan valores que alcanzan el 98% (3), seguidos por México, país

en el cual el 58% de las maternas sufre de VO en general, de la cual 79% es violencia física y el 36% es psicológica (4). Los países que reportan los valores más bajos son los europeos, con el 38% (5).

La reciente pandemia por COVID-19 arrojó información alarmante respecto a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como la omisión de las recomendaciones anunciadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para tener una experiencia de parto positiva y aportar a la erradicación del maltrato en las instituciones (6,7), pues en países como Estados Unidos y China hubo un incremento en los partos instrumentalizados y cesáreas injustificadas, así como la separación del binomio sin evidencia que respaldara tal decisión (8).

Con el fin de aportar a la problemática, inicialmente se realizó un estudio cualitativo previo (9), en el cual se indagó sobre la experiencia de mujeres púerperas en el proceso del parto de una clínica en Colombia por medio de entrevistas a profundidad con preguntas semiestructuradas enfocadas al sentir de la materna y el comportamiento de los profesionales de la salud en los diferentes momentos del parto. Sus resultados fueron el insumo fundamental para la construcción de los ítems de la escala.

Se encontraron tres grandes categorías en cuanto a las manifestaciones de violencia: 1. Los comportamientos que el personal de salud tiene al brindar la atención; 2. Los procedimientos que realizan en algunas ocasiones de forma innecesaria y sin consentimiento; y 3. Lo que estas conductas hacen sentir a la madre. Estas categorías se triangularon con teóricos que hablan acerca del ejercicio del poder (10), el *habitus autoritario* (11) y la importancia de la individualidad humana en la atención (12), los cuales dieron al estudio la evidencia suficiente para concluir que el proceso del parto es un proceso excesivamente medicalizado y generalizado que resulta violento y deshumanizado.

Lastimosamente, la VO es un fenómeno que se ha invisibilizado y normalizado. En un estudio cualitativo realizado en Boa Vista, Roraima, Brasil, en mujeres hospitalizadas en posparto, se encontró que más de la mitad de las entrevistadas no sabían qué significaba la violencia obstétrica, pero a medida que fueron contestando los cuestionarios realizados fueron reconociendo haber sufrido de malos tratos, no identificándolos previamente como este tipo de violencia. En otro estudio en Paraiba, Brasil, se reveló que el 83% de las mujeres habían sufrido de alguna forma de violencia obstétrica; sin embargo, de estas, el 39% inició la entrevista negando haber sufrido de este fenómeno (13).

La atención obstétrica hospitalaria presenta un elevado intervencionismo e influencias ambientales, como la falta de privacidad e intimidad, que pueden tener un efecto adverso

sobre el progreso del trabajo de parto y el desarrollo de sentimientos de confianza y competencia. A su vez, estos defectos pueden deteriorar la adaptación a la maternidad y el establecimiento de la lactancia materna, además de aumentar el riesgo de depresión (14). El embarazo y el parto debe ser un periodo de experiencias positivas para la mujer y su familia. Sin embargo, para muchas mujeres ha sido un evento de riesgo y con percepción de miedo, generando insatisfacción por el cuidado durante el embarazo actual. El deseo de un parto menos intervencionista, la pérdida de autonomía y el miedo a no tener el control del parto, da paso a la necesidad en las mujeres de buscar estrategias para experimentar el embarazo y el parto de una manera más humanizada (15). Es por esta razón que se considera necesario contar con un instrumento confiable y válido para medir de manera objetiva y rigurosa la VO, adaptado al país.

Como antecedentes importantes de instrumentos que miden el fenómeno, se encuentra la validación de dos escalas latinoamericanas, una de las cuales se realizó en Chile (16). Los ítems de esta escala fueron construidos a partir de un blog que creó un listado de situaciones que constituían VO para que las mujeres aprendieran a identificarla. Esta escala mide aspectos apropiados para dicho país, pero algunos no aplican para Colombia y excluye algunos otros de importancia obtenidos en el estudio cualitativo que se realizó previamente. Dentro de su estructura factorial, mencionan que la VO como variable es unidimensional y estaría cubierta por sus 14 ítems de respuesta en escala tipo Likert. Igualmente, en Ecuador existe la escala EPREVO, que al igual que la anterior, mide constructos que no son comunes en el país de interés como el rasurado genital y los enemas. En su estructura manifiestan tres dimensiones: negligencia estructural, derecho a la información y derecho a la presencia del cuidador de apoyo. Finalmente, la escala cuenta con 30 ítems de respuesta dicotómica (17).

El objetivo de este estudio fue elaborar y validar un instrumento capaz de medir la violencia obstétrica contextualizada al escenario colombiano, usando la exploración de alternativas estructurales por medio de análisis factorial.

## Metodología

Estudio de validación del instrumento HUMANITY mediante la metodología de la teoría clásica del test (TCT) y la teoría de respuesta al ítem (TRI).

### Instrumento

Se elaboró la escala HUMANITY, la cual se estructuró conceptualmente mediante un estudio cualitativo previo (9) que se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas a mujeres púerperas. Las categorías y subcategorías

resultantes del análisis de los relatos y la triangulación de la información se convirtieron en los factores e ítems de la escala. Teniendo en cuenta estas dimensiones, se seleccionó un grupo de expertos compuesto por un ginecólogo, una psiquiatra y una enfermera maternoperinatal, quienes analizaron los ítems en cuanto a suficiencia, coherencia, relevancia y claridad. Los expertos puntuaron cada ítem en una escala Likert de 1 a 4, y todo ítem puntuado en menos de 3 se sometió a discusión para definir su permanencia dentro de la escala. No se definió a priori un número específico de ítems por dimensión hasta realizar el Análisis Factorial (18). Posteriormente, se realizó una prueba piloto en un grupo de 15 mujeres no institucionalizadas que tuvieron la experiencia de atención de un parto vaginal no complicado en Colombia, el cual aportó al ajuste de las preguntas de la escala en cuanto a términos ambiguos, confusos u ofensivos antes de la aplicación de la validación. El instrumento consta de 20 ítems y 3 dominios con respuesta dicotómica (sí/no).

### **Participantes**

Para la validación de la escala se incluyeron 250 pacientes post atención, quienes cumplieron los siguientes criterios de elegibilidad:

#### *Criterios de inclusión*

- Mujeres colombianas que hayan tenido su proceso de parto en un hospital o clínica del país.
- Mayores de 18 años.
- Con experiencia de parto vaginal.

#### *Criterios de exclusión*

- Mujeres que no tuvieron recién nacido vivo, pues la muerte perinatal debe ser abordada bajo parámetros psicológicos específicos que varían según la fase del duelo en la que se encuentre la madre (19).
- Mujeres usuarias de interrupción voluntaria del embarazo.
- Mujeres que manifestaron tener alguna alteración cognitiva que les impidiese contestar la escala.

### **Procedimiento de aplicación de la escala**

Se realizó la aplicación de la escala a 250 participantes por medio de un muestreo no probabilístico, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron firmar el consentimiento informado. Se consideró esta muestra teniendo en cuenta que se han sugerido tamaños de muestra de al menos 200 para Análisis Factorial exploratorio (AFE) en una escala de 20 ítems, de al menos 10 sujetos por ítem para Análisis Factorial Confirmatorio

(AFC) y de 200 para la Teoría de respuesta al Ítem (TRI) usando un modelo de un parámetro para ítems dicotómicos (20). Se tuvo en cuenta el tiempo promedio para su aplicación, entrenamiento requerido y grado de dificultad en la calificación para evaluar la utilidad. La escala fue aplicada por una enfermera profesional y un médico general. Posteriormente se digitaron los datos en una base elaborada en Microsoft Excel y se llevó a cabo una revisión cruzada para garantizar la calidad de la información. La adecuada digitación de la información se garantizó mediante el entrenamiento de las entrevistadoras.

### **Análisis estadístico**

En primer lugar, se realizó la caracterización de la muestra de participantes, a partir de las variables sociodemográficas en el estudio de validación, con base en medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias relativas y frecuencias absolutas. Luego, se realizó la evaluación de cada una de las propiedades psicométricas por medio de TCT y TRI, como se explica a continuación.

#### *Validación de acuerdo con la teoría clásica del test (TCT)*

El análisis de la estructura interna de la escala (evidencia de validez de contenido) se evaluó por medio de análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). El AFE se utilizó con el propósito de determinar si los ítems podían organizarse en alguna estructura (número de dominios e ítems que los miden) diferente a la que se propuso al construir la escala. El AFC se utilizó para determinar cuál de las estructuras se ajustaba mejor a los datos: el modelo propuesto teóricamente o los encontrados en el AFE después de las rotaciones (21).

#### *Análisis factorial exploratorio*

Para realizar el AFE se utilizó el software estadístico STATA® (22). Se tuvo en cuenta, en primer lugar, si la matriz era factorizable realizando el cálculo del determinante de la matriz de correlaciones entre ítems, el test de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin. Para el determinante de la matriz se tomaron valores cercanos a cero como existencia de correlaciones entre las variables. Para la prueba de esfericidad de Bartlett se tomó como hipótesis nula que la matriz de correlaciones es una matriz de identidad (las variables no están inter correlacionadas entre sí). La medida de Kaiser-Meyer-Olkin es un índice que compara las correlaciones observadas con correlaciones parciales, en el cual los valores altos ( $>0.80$ ) sugieren la extracción de factores, dada la existencia de correlaciones entre las variables.

Una vez se determinó el paso anterior se procedió a la extracción de factores por medio del método de factores

principales. Posteriormente, se determinó cuántos factores se debían escoger por medio del método de autovalores o valores propios. Luego, se realizó la determinación de cuántos factores cargaban en cada ítem y, de acuerdo con los resultados, se realizaron rotaciones ortogonales y oblicuas a la matriz, para mejorar la interpretación del resultado del AFE.

### *Análisis factorial confirmatorio*

Para realizar el AFC se empleó la librería Lavaan del entorno de programación R (23). Se utilizó la matriz tetracórica y se seleccionó el método correspondiente (estimación asintótica libre) para hacer la estimación de los parámetros. Se compararon tres modelos: el modelo propuesto teóricamente al construir la escala, el modelo empírico obtenido en el AFE con rotación ortogonal y otro con rotación oblicua (Figuras 1-3). Para determinar cuál de los modelos tuvo un mejor ajuste a los datos y seleccionarlo como la estructura final de la escala se calcularon las siguientes medidas y se consideró como buen ajuste: Ji cuadrado/grados de libertad menor o igual a 3, RMSEA < 0.05, SRMR < 0.08 e índices de ajuste (> 0.90): CFI, TLI, NNFI, NFI, AGFI.

### *Validación de acuerdo con la teoría de respuesta al ítem (TRI)*

Para el análisis de este apartado se utilizaron los softwares estadísticos R y WINSTEPS®, junto con las librerías eRm y ltm (24,25).

Se realizó un modelo de Rasch, el cual permitió evaluar las siguientes propiedades:

- Ajustes de los ítems al proceso de medición: se calcularon estadísticos INFIT y OUTFIT sin estandarizar y estandarizados. Se revisaron los valores brutos (MNSQ) y se tomaron valores de 0.5-1.5 como buen ajuste (26).
- Capacidad de discriminación de niveles violencia entre pacientes: se calcularon índices de separación de personas e ítems y el coeficiente de confiabilidad según teoría de respuesta al ítem.
- Funciones de información: fueron utilizadas para determinar en cuáles niveles (bajos, medios o altos) la escala arroja estimaciones con menor error de medición. Se calcularon los valores de información y se complementaron con curvas de información, tanto por ítem como por la escala completa.
- Mapa de personas e ítems: se construyó el mapa de personas e ítems (o de Wright) para determinar si la escala cuenta con ítems para evaluar distintos niveles de violencia obstétrica.

Para evaluar los supuestos de unidimensionalidad se utilizó el test de Martin-Loef-Test y para evaluar el supuesto de independencia local se utilizó el procedimiento T2 implementado en la librería eRm (24).

### *Análisis de la estructura interna de la escala: la consistencia interna*

Se realizó la evaluación de la consistencia interna de la escala por medio de varias librerías (25-30) usando el coeficiente Omega de McDonald para datos ordinales para cada uno de los dominios propuestos (31). Se escogió este coeficiente porque, a diferencia del coeficiente Alfa de Cronbach o Kuder Richardson, no depende del número de ítems de la escala, trabaja con cargas factoriales y refleja el verdadero nivel de confiabilidad (31,32). Sin embargo, para analizar los cambios con otros coeficientes también se evaluó el Kuder Richardson y Alpha ordinal.

### *Consideraciones éticas*

Este estudio se consideró de riesgo mínimo, puesto que no se realizó ninguna intervención invasiva que generara un riesgo adicional para las pacientes (33).

El estudio se acogió a los principios éticos y a la orientación de los principios de Belmont creados en Estados Unidos en abril 18 de 1979, para la protección de todo paciente que hizo parte de este estudio (34).

El protocolo del presente estudio se sometió a la revisión de los comités de ética e investigación de la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, el cual fue aprobado con número de registro 0330-2022. Para mantener estos criterios éticos, se diseñó e implementó un consentimiento informado, se entrenó a los encuestadores para mantener la neutralidad durante la encuesta dirigida, no se tomó en cuenta a las madres con recién nacido fallecido para evitar tratar temas sensibles que pudieran generar desbordes emocionales para los cuales el personal no estaba entrenado y se mantuvo la confidencialidad de la información de cada participante.

## **Resultados**

### *Características de las pacientes*

Se evidenció que el estado civil más predominante entre las mujeres participantes fue unión libre con un 39.7% (n=100), seguido de soltera, que corresponde al 31% (n=77). En cuanto al nivel educativo, el más frecuente fue técnico/tecnólogo, representando al 41% de la muestra (n=104), seguido de profesional y bachiller, que juntos representan el 40%. El estrato socioeconómico al que pertenecía la mayoría de la muestra es el estrato 2 con un 39% (n=99),

seguido de estrato 3 con un 38% (n=96). Finalmente, el régimen al cual pertenecía el 80% (n=202) de la muestra es al contributivo. Debido al comportamiento anormal de las variables cuantitativas, se calculó la mediana y el rango intercuartílico (IQR) de cada variable. La mediana

de la edad fue 31 años (IQR= 9), la mediana del tiempo de trabajo de parto fue 8 horas (IQR=8) y la mediana de los años de antigüedad del parto fueron 5 años (IQR=8). (Tabla 1)

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las participantes

Variable	Descripción	Freq.	%
Estado civil	Casada	63	25.30
	Divorciada	9	3.61
	Soltera	77	30.92
	Unión libre	100	39.76
	Viuda	1	0.40
Nivel educativo	Bachiller	49	19.60
	Posgrado	37	14.80
	Primaria	7	2.80
	Profesional	53	21.20
	Técnico/tecnólogo	104	41.60
Estrato socioeconómico	1	26	10.44
	2	99	39.36
	3	96	38.55
	4	20	8.03
	5	8	3.21
	6	1	0.40
Régimen	Contributivo	202	80.80
	Subsidiado	48	19.20
Variable	Descripción	Mediana	IQR
Edad	Años	31	9
Tiempo del último parto	Años	5	8
Tiempo de trabajo de parto	Horas	8	8

**Fuente:** elaborado por los autores.

### **Análisis factorial exploratorio**

Para comprobar que la matriz era factorizable, se revisó el determinante de la matriz que arrojó un valor de 0.020, el test de esfericidad de Bartlett  $\chi^2$  943.441  $p= 0.000$  y KMO 0.82. Usando la matriz tetracórica, la primera extracción arrojó tres factores de acuerdo con el criterio de valores propios  $>1$  y el gráfico de sedimentación, explicando el 76% de la varianza. Se definió realizar una rotación oblicua, teniendo en cuenta que se asumió la correlación entre factores. Para determinar qué ítems van en cada factor, se consideró el criterio de una carga factorial  $> 0.3$ .

El factor 1 hace referencia a las conductas del personal que pueden estar reflejadas durante todo el proceso del parto (trabajo de parto, parto y puerperio), este incluyó las preguntas número 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 explicando el 37% de la varianza. El factor 2 contiene las preguntas de los comportamientos del personal que se dan específicamente en el parto, este incluyó las preguntas 7, 10, 11, 19 y 20 explicando el 24% de la varianza. El factor 3 se refiere a los procedimientos rutinarios generalizados que se realizan a las maternas, este contiene los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6, explicando el 14% de la varianza.

**Análisis factorial confirmatorio**

Para este componente de la validación se evaluaron tres modelos (Tabla 2): el modelo 1, el cual es el modelo teórico original (Figura 1); el modelo 2 (Figura 2) que corresponde al modelo empírico con rotación ortogonal, y el modelo 3 que corresponde al modelo empírico con rotación oblicua (Figura 3). Se encontraron adecuados valores en los indicadores de bondad de ajuste del modelo

**Tabla 2.** Coeficientes de ajuste de los modelos factoriales probados

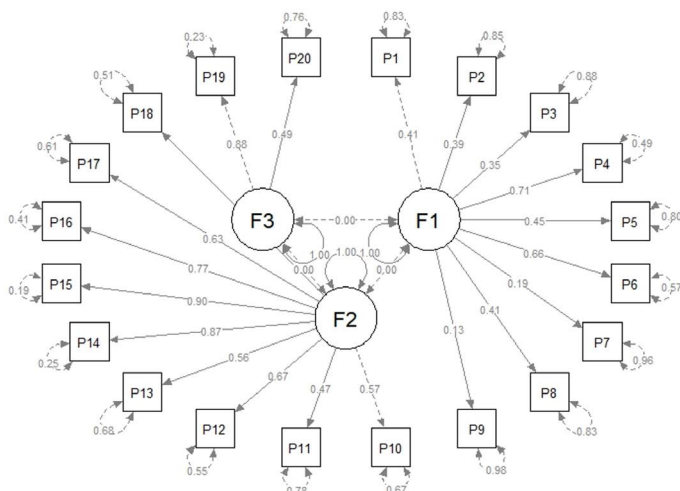
Coeficiente	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
chisq	248.78	899.453	150.652
df	167.000	170.000	167.000
rmsea	0.044	0.131	0.000
srmr	0.107	0.201	0.085
cfi	0.967	0.705	1.000
tli	0.962	0.670	1.008
nfi	0.906	0.662	0.943
nnfi	0.962	0.670	1.008
pnfi	0.797	0.592	0.829
ifi	0.967	0.707	1.007
rfi	0.894	0.622	0.936
agfi	0.908	0.675	0.945
pgfi	0.737	0.596	0.760

\*Modelo 1: Modelo teórico original

\*Modelo 2: Modelo empírico con rotación ortogonal

\*Modelo 3: Modelo empírico con rotación oblicua

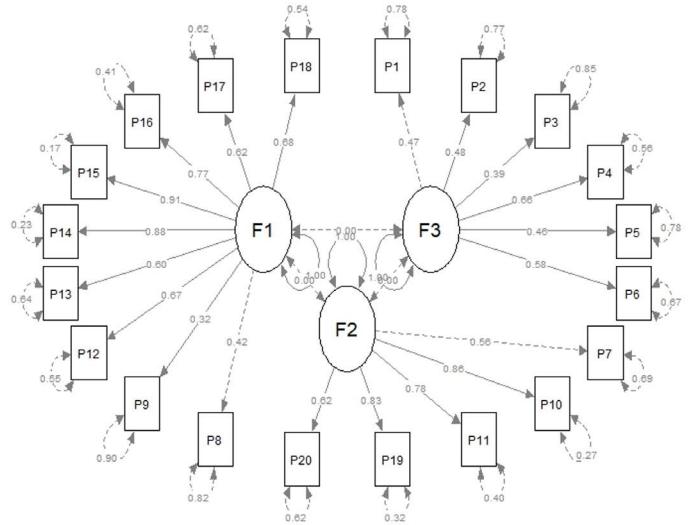
**Fuente:** elaborado por los autores.



**Figura 1.** Modelo N°1 de estructura original propuesta teóricamente.

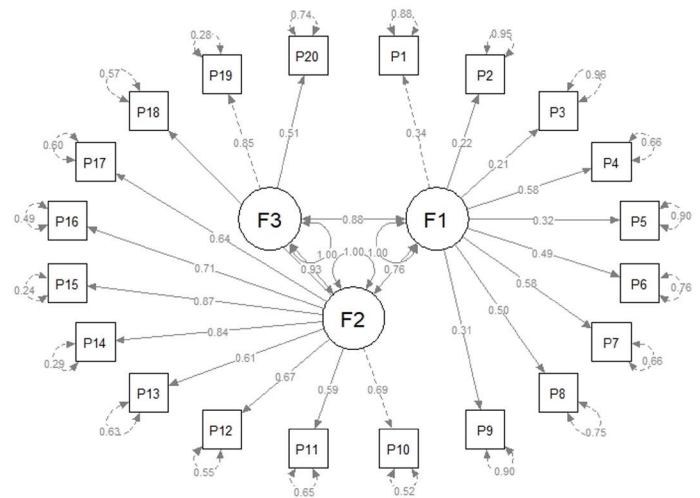
**Fuente:** elaborado por los autores, Software R.

1 y 3: RMSEA < 0.08; SRMR < 0.05; CFI; IFI, e índice de Tucker-Lewis (TLI) > 0.9, siendo el de mejor ajuste el modelo 3, pues teóricamente se relacionan los contenidos del ítem y la dimensión que miden. Además, desde el punto de vista estadístico los índices RMSEA y SRMR fueron los más bajos en el modelo 3 y los CFI IFI fueron los más altos.



**Figura 2.** Modelo de estructura N.º 2 de estructura con rotación ortogonal.

**Fuente:** elaborado por los autores, Software R.



**Figura 3.** Modelo de estructura N.º 3 de estructura con rotación ortogonal.

**Fuente:** elaborado por los autores, Software R.

**Consistencia interna**

La evaluación de consistencia interna de la escala permitió encontrar coeficientes entre 0.79 y 0.87 para la escala completa (Tabla 3). Si se retiran ítems de la escala estos valores no cambian significativamente.

**Tabla 3.** Coeficientes de la escala completa y por factores

Partes de la escala	Varianza explicada	Kuder Richardson	Omega	Alpha ordinal
Factor 1	37%	0.75	0.78	0.86
Factor 2	24%	0.69	0.71	0.84
Factor 3	14%	0.51	0.53	0.66
Toda la escala	76%	0.79	0.82	0.87

**Fuente:** elaborado por los autores.

*Teoría de respuesta al ítem*

El modelo de Rasch analizado cumplió los supuestos de unidimensionalidad e independencia local.

*Estadísticos de ajuste de los ítems*

De acuerdo con los estadísticos INFIT y OUTFIT bruto y estandarizado todos los ítems tienen un buen ajuste al proceso de medición (Tabla 4).

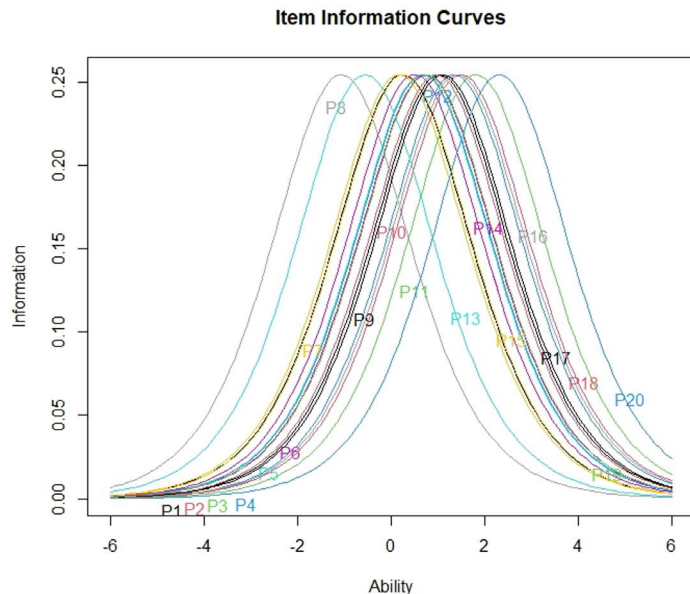
**Tabla 4.** Estadísticos de ajuste de los ítems

Item	Outfit MSQ	Infit MSQ	Outfit t	Infit t
P1	1.136	1.161	1.602	2.626
P2	1.408	1.239	4.011	3.629
P3	1.398	1.238	3.460	3.394
P4	0.897	0.964	-0.676	-0.423
P5	1.180	1.167	1.752	2.492
P6	1.014	1.063	0.172	0.964
P7	1.045	1.033	0.568	0.587
P8	1.070	1.025	0.579	0.368
P9	1.233	1.179	1.818	2.384
P10	0.867	0.892	-1.152	-1.570
P11	1.147	0.920	0.782	-0.789
P12	0.886	0.902	-1.154	-1.546
P13	0.888	0.922	-1.200	-1.292
P14	0.742	0.816	-3.088	-3.166
P15	0.735	0.791	-3.481	-3.799
P16	0.804	0.881	-1.310	-1.462
P17	0.913	0.911	-0.660	-1.227
P18	0.752	0.899	-1.624	-1.187
P19	0.688	0.762	-3.318	-3.927
P20	0.761	0.944	-0.923	-0.398

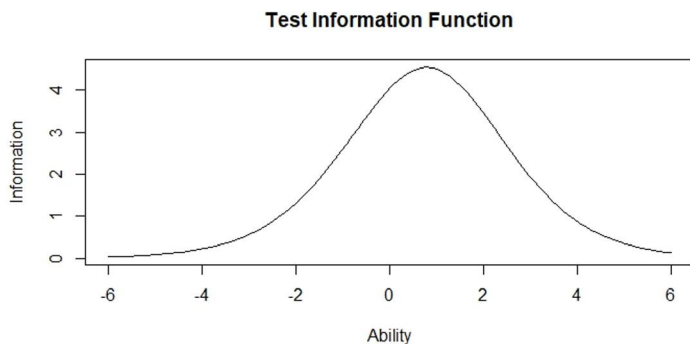
**Fuente:** elaborado por los autores.

### Función de información de los ítems

Se puede observar que los ítems presentan un amplio rango de cubrimiento que va desde -6 logits a 6 logits, con la pregunta 8 siendo la de menor dificultad y la pregunta 20 la de mayor dificultad. En este rango, la función de información del test es del 99.21%. (Figura 4, 5)



**Figura 4.** Función de información de los ítems.  
**Fuente:** elaborado por los autores, Software R.

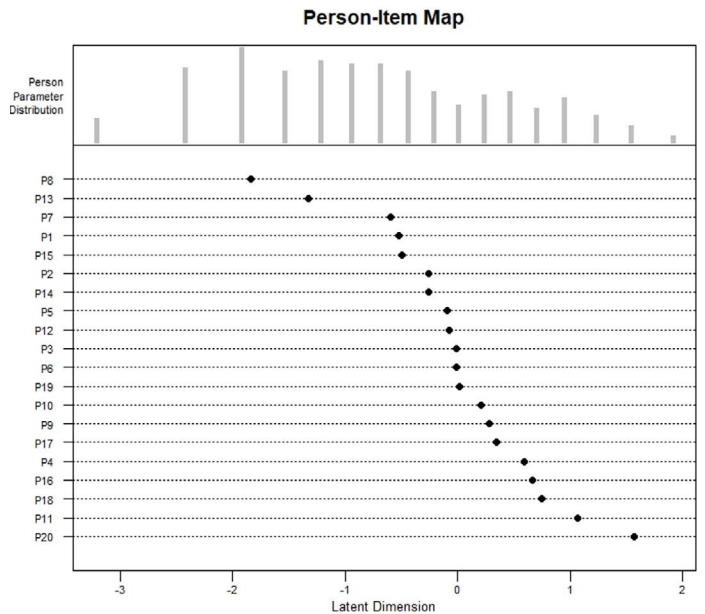


**Figure 5.** Función de información del test.  
**Fuente:** elaborado por los autores, Software R.

Las personas y los ítems tienen un amplio rango de cubrimiento de -3 logits a 2 logits (Figura 6). Existen preguntas faltantes en los niveles más fáciles de la escala al existir un vacío en este espacio, es decir, para las personas que se encuentran en -2 logits para abajo se observaron preguntas que los midan. Y la mayoría de las participantes se ubicaron en los rangos medios de niveles del constructo.

La confiabilidad tiene valores de 0.75 para personas y para ítems de 0.96. Los índices de separación muestran valores moderados para personas, pero valores adecuados para los ítems. Un índice de separación y confiabilidad para

personas bajo y un índice de separación y confiabilidad para ítems altos sugieren que la muestra tuvo un rango estrecho para jerarquizar los ítems.



**Figure 6.** People-items map.  
**Source:** prepared by authors, Software R.

### Discusión

Aunque la VO es un fenómeno ya reconocido en varios países de Latinoamérica, en muy pocos se ha realizado la validación de una escala para medirlo. El propósito de este estudio fue el de validar una escala de VO (HUMANITY) en el contexto colombiano. En la validación de HUMANITY se obtuvieron resultados favorables, por lo que se constató la consistencia interna del instrumento, medida en un nivel general y para cada una de las subescalas, al explicar con los ítems planteados el 99% del constructo, con valores satisfactorios en los tres coeficientes utilizados Kuder Richardson (0.79), Omega de McDonald (0.82) y Alpha ordinal (0.87) para toda la escala (20 ítems) y también para los tres factores que la componen. Una de las principales fortalezas de HUMANITY son el rigor metodológico en el proceso y el uso de las dos teorías (clásica del test y de respuesta al ítem) para el desarrollo y validación de instrumentos.

En la literatura se encuentran otras escalas latinoamericanas que abordan el constructo con teoría clásica del test. La primera registrada se desarrolló en un grupo de 367 mujeres chilenas, con una media de edad de 45 años. Los ítems de esa escala fueron construidos a partir de un test creado por un grupo activista para que las mujeres pudieran reconocer la violencia obstétrica, a diferencia de HUMANITY que basa sus constructos en investigación cualitativa realizada directamente en la población. Esta escala chilena cuenta

con 14 ítems tipo Likert con una aplicación de 15 a 20 minutos que reportan un Alpha de Cronbach de 0.83 y un Omega de 0.88, los cuales miden además de los aspectos de HUMANITY, la cesárea y el legrado, aspectos que no son comparables con el parto vaginal aun estando dentro del mismo constructo, pues la población está expuesta a situaciones proporcionalmente excluyentes (16).

Otra de las escalas encontradas es EPREVO, realizada en una muestra de 405 mujeres ecuatorianas con una media de edad de 26 años, la cual mide el constructo de VO con tres factores en su estructura y 30 preguntas con respuesta dicotómica, lo que la hace similar a HUMANITY. En este estudio reportan el coeficiente Kuder Richardson, el cual para toda la escala tuvo un valor de 0.80 y para sus tres factores 0.71, 0.84 y 0.33 respectivamente (17). Al igual que la escala chilena, miden cesárea y parto vaginal en una misma escala; adicionalmente, miden la aplicación de enemas y rasurado genital, aspectos poco comunes en Colombia.

### ***Implicaciones clínicas y para la investigación***

Las implicaciones clínicas del uso de esta escala radican en la posibilidad de identificar el constructo en las usuarias y consecuentemente generar planes de mejora tanto con el personal de salud como con las pacientes y sus familias. Para la investigación, la escala aportará frecuencias absolutas con el fin de identificar las manifestaciones de VO más habituales en el lugar de estudio y de esta manera direccionar adecuadamente las intervenciones en la población afectada.

La escala puede ser utilizada tanto en maternas institucionalizadas como no institucionalizadas en cualquier

momento de su vida, con la única condición de haber tenido por lo menos una experiencia obstétrica con parto vaginal.

### ***Limitaciones***

Según el resultado de este estudio de validación, la escala HUMANITY es una medida de un constructo de tres factores de violencia obstétrica en Colombia. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la VO no está reconocida constitucionalmente y está naturalizada en las instituciones de salud; por ende, no fue posible recolectar la muestra de manera aleatoria dentro de una institución prestadora de servicios de salud, por lo que se recolectó la información de manera no probabilística fuera de las instituciones en diferentes momentos después del parto. Sin embargo, se consideró que este aspecto no introduce un sesgo, pues estudios acerca del estrés postraumático que genera el parto (35,36) muestran que la percepción de los aspectos positivos y negativos que ocurren durante el parto no se olvidan durante años. Además, al no estar en una posición de subordinación, se garantizó que las mujeres participantes respondieron con veracidad. Otra de las limitaciones que se deben a la dificultad en el acceso a la muestra fue utilizar la misma muestra para hacer el AFE y AFC.

Se concluye que la escala HUMANITY (Tabla 5) es un instrumento válido y confiable para medir la VO en Colombia. El tiempo promedio de aplicación de la escala fue de 19 minutos, esta tiene la capacidad de ser el insumo para calcular frecuencias absolutas de cada uno de los aspectos que componen el constructo de la VO, o bien por cada uno de los factores que componen la escala.

**Tabla 5.** Escala HUMANITY para la medición de la V.O en Colombia

N.º	Ítems	Sí	No
<b>Factor 1: Conductas del personal en el proceso del parto (preparto, parto y posparto)</b>			
1	¿Durante su estancia en la sala de trabajo de parto o parto, le permitieron la deambulaci3n o adoptar otras posiciones diferentes a estar recostada en la camilla?	0	1
2	Una vez nació el bebé (si este no tuvo ninguna complicaci3n, APGAR 8/10 o condici3n que justifique alejarlo), ¿le permitieron permanecer con él todo el tiempo?	0	1
3	¿El personal de salud le brindó acompa±amiento y apoyo cuando lo necesit3?	0	1
4	¿Se le permiti3 estar acompa±ada por alg3n familiar?	0	1
5	¿El personal de salud le brind3 alimentaci3n cuando lo necesit3 y no tena ninguna contraindicaci3n para hacerlo?	0	1
6	¿El personal de salud le brind3 hidrataci3n cuando lo necesit3?	0	1
7	¿El personal de salud le brind3 abrigo/cobijo para mantener estable su temperatura cuando lo necesit3?	0	1
8	¿El personal de salud le dio instrucciones claras en cuanto a la forma de respirar, pujar o amamantar, entre otras, que le facilitar3n el proceso de parto?	0	1

9	¿El personal de salud y administrativo le brindaron a usted y su familia información pertinente sobre el estado de salud suya y de su bebé?	0	1
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---

### Factor 2: Conductas del personal en el trabajo del parto

10	¿Durante el proceso de dilatación, le realizaron tactos vaginales bruscos o reiterados o realizados por distintas personas? Si le sucedió, responda sí.	1	0
11	¿El personal de salud le hizo comentarios desagradables respecto a su comportamiento (llorar, gritar) durante el parto?	1	0
12	¿El personal de salud tuvo conductas inadecuadas durante su proceso de parto como tomar fotos, videos, comentarios de burla entre compañeros, entre otros?	1	0
13	¿Se sintió vulnerada como mujer y paciente por el personal de salud durante la atención del parto?	1	0
14	¿Tiene sentimientos de culpa por su comportamiento (llorar, gritar, solicitar ayuda) durante el trabajo de parto?	1	0

### Factor 3: Procedimientos rutinarios

15	¿Le administraron algún medicamento para el dolor cuando lo solicitó en el trabajo de parto y/o puerperio?	0	1
16	¿Si le administraron algún medicamento para acelerar el parto (Oxitocina) (Misoprostol), le explicaron los motivos previamente?	0	1
17	¿La persuadieron en reiteradas ocasiones (más de dos veces) para elegir algún método anticonceptivo, aunque usted no estuviera de acuerdo?	1	0
18	¿En algún momento del proceso del parto utilizaron algún instrumento para romper las membranas sin su consentimiento o previa explicación?	1	0
19	¿En algún momento durante el trabajo de parto realizaron maniobra de compresión realizada en la parte superior del abdomen con fuerza hacia abajo (Kristeller) para acelerar la expulsión?	1	0
20	¿Durante el parto le realizaron algún tipo de corte en el canal del parto (episiotomía) para facilitar la expulsión sin haber explicado los motivos previamente?	1	0

**Fuente:** elaborado por los autores.

Las preguntas tienen opciones de respuestas dicotómicas (Sí/No) y cada una de las respuestas tiene un valor específico dependiendo de si la respuesta es Sí o No, de la siguiente manera:

- Preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15 y 16: la respuesta “Sí” equivale a 0 puntos, la respuesta “No” equivale a 1 punto.
- Preguntas 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19 y 20: la respuesta “Sí” equivale a 1 punto, la respuesta “No” equivale a 0 puntos.

Esto con el fin de facilitar el cálculo de las frecuencias. Todos los que marquen el número 1 indicarán la presencia de ese signo de violencia.

## Conclusión

Al estructurar los ítems por el método investigativo cualitativo, al ser evaluados mediante opinión de expertos y tener en cuenta las sugerencias de las maternas, se evidencia que efectivamente los ítems miden el

constructo que se pretende medir. Psicométricamente, HUMANITY es una escala válida y confiable para medir cuantitativamente las manifestaciones de VO en el contexto colombiano.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Financiación

Para la realización de este estudio no existió ningún tipo de financiación externa a los autores.

## Consideraciones éticas

Protección de personas y animales: Este estudio se consideró de riesgo mínimo puesto que no se realizó ninguna intervención invasiva que generara un riesgo adicional para las pacientes (33). Fue aprobado por el Comité de Ética Institucional.

**Confidencialidad de los datos:** la información de las participantes fue utilizada únicamente para este estudio y no se recolectó información sensible acerca de ellas.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** se obtuvo el consentimiento informado de las participantes luego de responder las preguntas que surgieron durante el inicio de la entrevista.

## Referencias

- Román-Montes S. Mesa de Reflexión: El derecho a la Salud y la prevención de la violencia obstétrica. Presentado en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. 28 de junio 2022. CNDH [Internet]. 2022. 24 p. Available from: [https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/Relatoria\\_Violencia\\_Obstetrica.pdf](https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/Relatoria_Violencia_Obstetrica.pdf)
- Colombia, Congreso de la República. Proyecto de ley 147 de 2017, Medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Available from: <https://consultorsalud.com/violencia-obstetrica-proyecto-de-ley/>
- Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health* [Internet]. 2017;14(1):127. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0389-z>
- Madrid-Medina C, De León-Pérez MÁ, Delgado-Mandujano MJ, Cancino-de la Cruz LG, Rangel-Jiménez J, Soto-Rosales BE, et al. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica* [Internet]. 2019;14(42):27-36. doi: <https://doi.org/10.33064/42lm20192245>
- Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (part I): Women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(21). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva - Resumen de orientación [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Pramono A, Dahlen H, Desborough J, Smith JP. Separating mothers with COVID-19 from their newborns does more harm than good [Internet]. Indonesia; The Conversation: 2020. Available from: <http://theconversation.com/separating-mothers-with-covid-19-from-their-newborns-does-more-harm-than-good-141291>
- Aguilar-Bernal LA, Becerra-Pabón A, Ardila-Roa A. Embarazo parto y puerperio: la madre en subordinación. *Benessere - Revista de Enfermería* [Internet]. 2023;8(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.22370/bre.81.2023.3391>
- Butler JP. Mecanismos psíquicos del poder: Teorías sobre la sujeción. Primera Ed. [Internet]. Valencia: Ediciones Cátedra S.A. España; 2001. 218 p. Available from: <https://mariangelesalvarez.com/wp-content/uploads/2012/11/mecanismospsiquicosdelpoderbutlerjudith.pdf>
- Bourdieu P. El sentido práctico. Primera Ed. [Internet]. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2007. 456 p. Available from: <https://revistamalatesta.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/12/48373666-bourdieu-pierre-el-sentido-practico.pdf>
- Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión por Michel Foucault. Primera Ed. [Internet]. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2022. 314 p. Available from: <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Viana-de Almeida J, Mendes-de Oliveira E, da Silva-Madeiros A, Machado-Lima Carvalho MS. Perception of Puerperal Women in a Maternal and Children's Hospital about Obstetric Violence in the State of Roraima. *Rev Pesqui* [Internet]. 2022;14(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11680>
- Aparici-Navarro MA. La violencia obstétrica, una práctica normalizada. *Matronas Profesión* [Internet]. 2021;22(2):73. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8195530>
- Aparecida-Baggio M, Girardi C, Regina-Schapko T, Hoffmann-Cheffer M. Planned Home Birth Assisted by a Midwife Nurse: Meanings, Experiences and Motivation for This Choice. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2022;21:1-9. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/362646446\\_PLANNED\\_HOME\\_BIRTH\\_ASSISTED\\_BY\\_A\\_MIDWIFE\\_NURSE\\_MEANINGS\\_EXPERIENCES\\_AND\\_MOTIVATION\\_FOR\\_THIS\\_CHOICE#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/362646446_PLANNED_HOME_BIRTH_ASSISTED_BY_A_MIDWIFE_NURSE_MEANINGS_EXPERIENCES_AND_MOTIVATION_FOR_THIS_CHOICE#fullTextFileContent)
- Cárdenas-Castro M, Salinero-Rates S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines* [Internet]. 2021;38(2):209-23. doi: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Fors M, Falcon K, Brandão T, Vaca A, Cañadas S, Viada-González CE. Confiabilidad y Dimensionalidad de EPREVO (“Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica”): Desarrollo de un Nuevo Instrumento, Ecuador. *Int J Womens Health* [Internet]. 2021;13:569-77. doi: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S305741>
- Maldonado-Suárez N, Santoyo-Telles F. Validez de contenido por juicio de expertos: Integración cuantitativa y cualitativa en la construcción de instrumentos de medición. *Rev Innov Recer Educ* [Internet]. 2024;17(2). doi: <https://doi.org/10.1344/reire.46238>

19. Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. [Internet] Ascalema; 2009. Available from: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.-Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf>
20. Cappelleri JC, Jundy JJ, Hays RD. Overview of Classical Test Theory and Item Response Theory for Quantitative Assessment of Items in Developing Patient-Reported Outcome Measures. Clin Ther [Internet]. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.04.006>
21. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. Qual Life Res [Internet]. 2018;27(5):1147-1157. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
22. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 17. College Station. [Internet]. TX: StataCorp LLC; 2021. Available from: <https://www.stata.com/company/>
23. Rosseel Y. Javan: An R Package for Structural Equation Modeling. J Stat Softw [Internet]. 2012;48(2):1-36. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
24. Mair P, Hatzinger R. Extended Rasch modeling: The eRm package for the application of IRT models in R. J Stat Softw [Internet]. 2007;20. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v020.i09>
25. Rizopoulos D. Irm: An R package for Latent Variable Modeling and Item Response Analysis. J Stat Softw [Internet]. 2006;17(5):1-25. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v017.i05>
26. Linacre JM. A User's Guide to WINSTEPS® MINISTEP, Rasch-Model Computer Programs [Internet]. EEUU: Winsteps; 2024. Available from: <https://www.winsteps.com/a/Winsteps-Manual.pdf>
27. Wickham H. Reshaping Data with the reshape Package. J Stat Softw [Internet]. 2007;21(12):1-20. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v021.i12>
28. Revelle W. Psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research: Package 'psych' [Internet]. Northwestern University: Evanston, Illinois; 2023. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
29. Jorgensen TD, Pornprasertmanit S, Schoemann AM, Rosseel Y, Miller P, Quick C, et al. SemTools: Useful tools for structural equation modeling [Internet]. 2022. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
30. Kelley K. MBESS: El paquete R de MBESS [Internet]. 2019. Available from: <https://cran.r-project.org/web/packages/MBESS/index.html>
31. Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv [Internet]. 2017;15(1):625-7. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>
32. Viladrich C, Angulo-Brunet A, Doval E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. An Psicol [Internet]. 2017;21;33(3):755. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
33. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993, normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
34. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. Rev Méd Hered [Internet]. 1979;4(3). Available from: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
35. Fernández-Clemente I, Olza-Fernández I. Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático postparto. Psicossom y Psiquiatr [Internet]. 2018;(5):29-39. doi: <https://doi.org/10.34810/PsicossomPsiquiatrum0505>
36. Olza-Fernández I. El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto [Internet]. Madrid: Gob. es; 2010. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>