



# FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Obstetricia

**“VALIDACIÓN DE LA ESCALA CARE M-Q PARA LA  
VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN UN  
HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, PERÚ 2025”**

**Tesis para optar al título profesional de:**

**Obstetra**

**Autores:**

Jasmin Airiana Ayala Castillo

Cynthia Angie Michelles Delgado Varillas

**Asesor:**

Mg. Lic. Victor Joel Sanchez Romero

<https://orcid.org/0000-0001-5056-9244>

**Lima - Perú**

2025

## JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	<b>Carlos Arnoldo Guerrero Rivera</b>
	Nombre y Apellidos

Jurado 2	<b>Lily Carmina Callalli Palomino</b>
	Nombre y Apellidos

Jurado 3	<b>Victor Joel Sanchez Romero</b>
	Nombre y Apellidos

## Informe de Similitud



Página 2 de 57 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trnoid::1-3453021632




### 4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

#### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

#### Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

#### Marcas de integridad

##### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Página 2 de 57 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trnoid::1-3453021632

## **Dedicatoria**

A mi madre y a mi padre que son los pilares que me han apoyado de inicio a fin en este proceso académico, por inculcarme siempre a ofrecer lo mejor de mí. A mi hermana que ha sido un gran apoyo de superación y a las personas que me brindaron las herramientas necesarias y que siempre me dieron las fuerzas de continuar y ser un orgullo para mi familia.

*Jasmin Airiana Ayala Castillo*

A mi madre, cuyo esfuerzo, sacrificio y apoyo constante han sido fundamentales en mi formación personal y profesional pues sin ella no hubiera sido posible llegar hasta donde hoy me encuentro. También a mi hija, fuente de mi motivación y compromiso, quien representa la razón más importante para seguir adelante y alcanzar cada una de mis metas y objetivos.

*Cynthia Angie Michelles Delgado Varillas*

## **Agradecimiento**

A nuestro asesor Víctor Sanchez Romero, por su paciencia, orientación y valiosos aportes académicos, que permitieron el desarrollo adecuado de la presente investigación.

A las autoridades y al personal del Hospital público de Lima, Perú, por las facilidades brindadas para la ejecución del estudio y la recolección de la información.

Finalmente, a todas las mujeres que participaron voluntariamente en esta investigación, por su tiempo, confianza y valiosa colaboración, sin las cuales no habría sido posible la realización de este trabajo.

*Jasmin Airiana Ayala Castillo*

*Cynthia Angie Michelles Delgado Varillas*

## CONTENIDO

Índice de tablas .....	7
RESUMEN .....	8
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Realidad problemática .....	9
1.1. Formulación del problema .....	21
1.2. Objetivos .....	21
1.3. Hipótesis .....	21
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	22
CAPÍTULO III: RESULTADOS .....	26
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	33
REFERENCIAS .....	39
ANEXOS.....	48

## Índice de tablas

1. Matriz de correlación entre ítems.....	26
2. Análisis factorial confirmatorio. Análisis de ajuste del modelo.....	28
3. Análisis factorial confirmatorio. Cargas factoriales estandarizadas, R <sup>2</sup> y varianza de error por ítem (n=251).....	30
4. Confiabilidad por dimensión. Coeficiente omega ( $\omega$ ) derivado del AFC.....	31

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue validar la escala CARE-MQ para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú. El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño psicométrico y de tipo aplicativo. La técnica empleada fue la encuesta y se realizó la adaptación del instrumento CARE-MQ, inicialmente conformado por 20 ítems, el cual fue aplicado a 251 puérperas. Los resultados evidenciaron que el modelo factorial original no presentó un ajuste adecuado, por lo que se realizó una depuración psicométrica del instrumento. Como resultado, se eliminaron 8 ítems, obteniéndose una versión final de 12 ítems distribuidos en cinco dimensiones, la cual mostró índices de ajuste satisfactorios y cargas factoriales positivas y estadísticamente significativas (CFI=.970, TLI=.956, RMSEA=.077, SRMR=.056). Asimismo, la consistencia interna del instrumento fue adecuada en la mayoría de sus dimensiones: información recibida de los profesionales ( $\omega=.842$ ), privacidad ( $\omega=.613$ ), apoyo profesional y cuidados recibidos ( $\omega=.791$ ), relación interpersonal inadecuada ( $\omega=.874$ ) y técnicas inadecuadas o innecesarias ( $\omega=.806$ ). Se concluye que la versión depurada de la escala CARE-MQ presenta evidencias adecuadas de validez y confiabilidad para la medición de la violencia obstétrica en puérperas de contextos similares.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica, validez psicométrica, CARE-MQ, puérperas.

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática

Hoy en día, la violencia obstétrica (VO) es conocida como una manifestación de violencia de género que sucede durante la atención médica en el transcurso del embarazo, parto y puerperio. Universalmente no existe un consenso sobre la definición de VO, sin embargo, en Perú el “Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021” define como VO a todas las acciones del personal sanitario que tenga relación con los procesos reproductivos y que se manifiesten mediante un trato deshumanizante, abuso de fármacos o de los procesos naturales. (1)

A nivel mundial, la violencia basada en género representa una seria vulneración de los derechos fundamentales, exponiendo a las féminas a maltratos físicos, sexuales y psicológicos que configuran un conflicto de salud pública. (2) Los aspectos culturales como las ideas, creencias, hábitos y costumbres refuerzan este tipo de violencia que coloca a la mujer en una situación subordinada y de vulnerabilidad que también se expresa durante el ejercicio de su vida reproductiva. (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fomenta el cuidado humanizado durante el embarazo, con objetivo de garantizar a las mujeres una experiencia satisfactoria y en este marco, se han empezado a reconocer y visibilizar conceptos como VO, trato inadecuado, abuso y situaciones de irrespeto vinculadas con la atención de parto. (4) Específicamente, la VO se configura a partir de la perspectiva de la mujer sobre la atención que recibe durante el parto, expresada en un trato estructurado y degradante, en el cual se patologiza y medica un proceso fisiológico como lo es el parto, y trae consigo

una disminución de su autonomía y la imposibilidad de tomar decisiones libremente, lo que finalmente afecta negativamente en su nivel de vida. (5) A pesar de ello, este tipo de violencia aún es difícil de reconocer dado la carencia de consenso sobre su definición y la normalización de conductas inapropiadas, tales como gritos, burlas, infantilizar a la mujer, adjetivos descalificativos, procedimientos innecesarios o intervenciones sin consentimiento informado, ya que, al ser percibidas como parte habitual de la práctica clínica, estas acciones se aceptan de manera errónea, lo que contribuye a que los pacientes normalicen estos comportamientos en el transcurso del tiempo. (6)

La prevalencia de la VO varía ampliamente entre 15 % y 91 %, según la nación, la herramienta y técnica de medición, el concepto empleado, el tipo de violencia considerada, el centro de parto, entre otros elementos. (7) Este fenómeno se ha vinculado a factores sociodemográficos como el estado civil, la edad, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, la situación laboral, la raza, la paridad y los antecedentes obstétricos, así como a características del personal de salud, el tipo de parto y el carácter público o privado del establecimiento. (8) Del mismo modo, ciertas prácticas clínicas como el uso rutinario de la posición de litotomía, la episiotomía sin aprobación, la presión sobre el fondo uterino o la realización de tactos vaginales no autorizados incrementan la percepción de violencia obstétrica en las mujeres. (9)

Otra forma de VO son las cesáreas o procedimientos quirúrgicos innecesarios, en Europa estas tasas se han incrementado de forma alarmante. Como muestra, en 2019 en Australia, el índice nacional de cesáreas fue 36%, 12% logró un parto por vía vaginal luego de una cesárea previa y el 46.8% de las primíparas tuvo un parto inducido. (10) En Países bajos esta incidencia fue del 17.4%, Suecia 18.2%, Estonia 20.3%, Finlandia 17.9%

e Irlanda alcanzó el 34.8, mientras que en Europa Central y del Sur las cifras fueron aún más elevadas; 41.5% Hungría, 44.4% Polonia y 53.1% Chipre. Además, la episiotomía paso del 12.7% en 2009 al 24.3% en 2019. (11)

En 2024 el Parlamento Europeo publicó un estudio integral “Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination”, la cual examina la gravedad de la VO dentro de los 27 países que conforman la Unión Europea, analiza los marcos legales vigentes y evalúa las prácticas a nivel nacional. (12) En cuanto a, Francia un estudio realizado en 25 maternidades halló que el 10% de las féminas que reportaron un trato irrespetuoso durante el parto, a los dos meses desarrollaron mayor riesgo de estrés postraumático relacionado con el nacimiento y depresión posparto. (13) En Italia una encuesta de Doxa mostró que el 11% de las madres sufrió un trauma por la atención hospitalaria, lo que llevó a posponer un nuevo embarazo; además, el 6% decidió no tener más hijos. Se informó que, en Cataluña España en 2021, 2 de cada 10 mujeres experimentaron trastorno de estrés postraumático en la etapa perinatal, con una frecuencia relacionada con el nivel socioeconómico; 23.5 por cada mil entre las mujeres de ingresos bajos, 17.7 en las de ingresos medios y ninguno entre las mujeres con altos ingresos. (14)

En esa misma línea, en 2021, el Parlamento Europeo emitió una resolución referente a los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea (EU), donde reconoció la violencia ginecológica y obstétrica, la discriminación y el odio de género como formas de abuso en el servicio a la salud de las mujeres. (15)

Algo similar ocurre con Latino América, en Chile en 2022 el 79,3% de las mujeres reportó experiencias de maltrato en el transcurso de la atención del parto, con mayor prevalencia en las instituciones sanitarias públicas y en mujeres jóvenes, indígenas o con identidades sexuales diversas. En ese contexto, las prácticas más reportadas durante la atención del parto fue un 57,7% en la obligación de permanecer acostada, 51,2% en la gestión de fármacos para agilizar el parto, 48,8% en tactos vaginales frecuentes, 48,1% cesáreas, 45,9% rotura artificial de membranas y 43,3% en episiotomía; solo el 54,4% de las mujeres reportó haber firmado un consentimiento informado, de las cuales un 63% lo consideró claro, así mismo, la firma fue más frecuente y clara en clínicas privadas 63,7% y 71,9% que en hospitales con 49,9% y 53,2%. (16)

Además, hechos similares ocurren con Ecuador el 32,8% de las mujeres reportó haber experimentado VO, principalmente a través de maltrato verbal con 42%, tactos vaginales reiterados 33% y maniobra de Kristeller con 25%; en contraste desde la perspectiva profesional, el 98,67% refirió haber presenciado actos de VO durante su formación, atribuyéndose mayormente a médicos 44,67%, obstetras 32,33% y enfermeras 23%; además, el 93,33% reconoció haber reproducido estas prácticas, destacando el maltrato verbal 44,67%, episiotomía rutinaria 33,67% y la maniobra de Kristeller 15,76%, lo que refleja la normalización de estas conductas en el ámbito sanitario. (17)

En cuanto a Brasil en 2024 los resultados de la Encuesta de Nacimiento evidenciaron que el 11,1% de mujeres manifestó haberse sentido irrespetada durante el parto, evidenciada en trato irrespetuoso, ausencia de acompañante con 24,5%, episiotomía con 56,1%, maniobra de Kristeller 37,3%; así como falta de información, confidencialidad y diálogo con el personal sanitario, incapacidad de hacer preguntas y

pérdida de autonomía. (18) Por otra parte, otra investigación realizada por los medios de comunicación analizó 1.966 partos y encontró que el 52% fueron cesáreas, el 25% sufrió episiotomía, el 75% tuvo limitaciones para moverse, casi la mitad no tuvo a nadie acompañándola, aunque la ley lo garantiza y más del 40% se sintió irrespetada. Así mismo, únicamente el 18% pudo amamantar durante la primera hora y numerosas mujeres relacionan las complicaciones del postparto con vivencias de VO. (19)

Mientras tanto, en la revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela; Reflexiones sobre la VO en 2024 reconoce que aún persiste una notable falta de estudios empíricos que permitan dimensionar la magnitud real sobre VO. Sin embargo, enfatiza que no se niega la existencia del maltrato, destacando que son innegables las conductas inadecuadas, especialmente el maltrato verbal en algunas ocasiones y que su crítica debe centrarse también en la ausencia de consentimiento informado en intervenciones médicas como cesáreas y episiotomías. (20)

El Observatorio Nacional de Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar, en Perú y en Sudamérica no cuentan con una norma concreta que ampare los derechos de la mujer embarazada durante el parto; sin embargo, en 2017 la Defensoría del Pueblo sugirió al Minsa que creara una norma técnica para prevenir la VO, una medida que todavía no se ha puesto en práctica eficazmente. (21) Por el contrario, naciones como Venezuela y Argentina han progresado en la promulgación de leyes que definen y penalizan esta problemática como un delito. (22) (23) Investigaciones apuntan a que la percepción de VO se relaciona principalmente con la interacción entre pacientes y personal médico. Aunque los sistemas sanitarios cuentan con altos estándares técnicos y de calidad, muchas mujeres señalan que la ausencia de escucha activa, la poca

comunicación y la realización de procedimientos de manera rutinaria y sin consulta previa afectan de forma directa su autonomía reproductiva y la vivencia integral del parto. (24)

Actualmente en Perú la VO es un problema real, aunque no haya cifras estadísticas tanto nacionales como locales que nos permitan identificarlo. Sin embargo, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022, el 47.3% de las mujeres que tuvieron un parto en centros sanitarios expresan haber sido objeto de gritos, negligencia o maltrato durante el proceso de parto, lo que evidencia la seriedad de este problema. (25)

En Perú las investigaciones señalan que las prácticas más frecuentes de VO son reconocidas durante el parto o puerperio, en 2023 un hospital público reportó que el 69,1% de féminas no recibió información previa antes de firmar y someterse a un procedimiento, 53,2% manifestaron que el equipo de salud que asistió su parto no se verificó, 91,4% no contó con la posibilidad de decidir su posición en el parto y 76,3% falta de contacto piel a piel inmediato con el RN. (26) Similar, en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en 2021, gran parte de las mujeres sufrió prácticas sin consentimiento como tactos vaginales repetitivos 34,8%, rotura de membranas 48,8%, ausencia de acompañante 90,4 % y maltrato verbal 17,6 %. Predominaron intervenciones rutinarias como la episiotomía en 76,4 % y la posición de litotomía con 77,2 %. (27)

Así mismo, en 14 hospitales de 9 ciudades del Perú, se evidenció que el 97,4% de mujeres sufrió al menos un trato irrespetuoso durante la atención obstétrica y estas prácticas incluyeron la negativa provisión de servicios por el personal sanitario hasta la minimización de requerimientos legítimos o situaciones de discriminación, lo que pone

en evidencia la elevada frecuencia y la gravedad de la problemática en el contexto nacional. (28)

Se hace necesario resaltar que; la percepción de la VO continúa siendo un aspecto poco abordado, debido a la limitada implementación de herramientas confiables que permitan registrar de forma directa las vivencias de las puérperas, lo que dificulta obtener un entendimiento completo de esta problemática, ya que aún se carece de mecanismos claros y estandarizados que permitan medir su real magnitud. La mayor parte de los enfoques actuales se originan a partir de encuestas y estudios descriptivos basados en las percepciones de las usuarias; aunque esto ofrece pruebas importantes, no logra establecer parámetros que puedan compararse entre diferentes contextos ni asegurar la fiabilidad de la información.

En general, no se puede avanzar hacia un registro sistemático y uniforme que permita medir con precisión el efecto de estas conductas, ni a evaluar las intervenciones para prevenirlas y erradicarlas, debido a la falta de instrumentos validados. La ausencia de estos instrumentos impide avanzar hacia un registro sistemático y uniforme que permita dimensionar con precisión el impacto de estas conductas, así como evaluar las intervenciones destinadas a prevenirlas y erradicarlas.

Mena Tudela et al. (29) en su investigación sobre el diseño y validación del cuestionario PercOV-S en estudiantes de enfermería, obstetricia y medicina de una universidad española, mediante el análisis factorial hallaron un marco de dos factores que explicó el 54,47% de la varianza. El primer factor explicó el 43,11% de la varianza y quedó conformado por 8 ítems. El segundo factor explicó el 11,36% de la varianza y

quedó integrado por 25 ítems. Todos los ítems evidenciaron cargas factoriales mayores de .4. La prueba KMO determinó un  $p = .918$  y la prueba de esfericidad de Bartlett determinó  $\chi^2 = 3767,745$  con un  $p \leq 0,001$ . En cuanto a la confiabilidad se determinó un coeficiente  $\alpha$  para el factor 1 de .802 y para el factor 2 un .952

White VanGompel et al. (30) en su estudio sobre la evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario sobre violencia en el parto en mujeres iraníes, se aplicaron análisis factoriales que permitieron obtener una estructura de tres factores correspondientes a las dimensiones de humanidad, racismo y parentesco. El modelo mostró adecuados índices de ajuste (CFI entre 0,952 y 0,977; RMSEA entre 0,081 y 0,087), con cargas factoriales superiores a 0,40 en todos los ítems y correlaciones residuales menores a 0,20. En cuanto a la confiabilidad, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,96 para la dimensión humanidad, 0,93 para racismo y 0,86 para parentesco, lo que evidenció una consistencia interna satisfactoria de la escala.

Gonzales de la Torre et al. (31) en su análisis sobre la adaptación cultural, validación y evaluación de las propiedades psicométricas de una escala de violencia obstétrica en el contexto español, mediante la Fase 1, se obtuvieron estándares V de Aiken superiores a 0,71 para todos los ítems. La Fase 2 se realizó en una muestra de 256 mujeres y los valores de ajuste para el modelo unidimensional fueron RMSEA: 0,070 (IC del 95 %: 0,059-0,105) y GFI: 0,982 (IC del 95 %: 0,823-0,990). El análisis de Rasch indicó un rendimiento deficiente del ítem 2, que fue eliminado. Los coeficientes Omega y Alfa de Cronbach fueron 0,863 y 0,860, respectivamente.

Machín Martín et al. (32) llevaron a cabo un estudio de adaptación cultural, validación y evaluación psicométrica del cuestionario de experiencia de parto versión 2.0 en el contexto español. En la 1 etapa, se obtuvo la versión en español del CEQ 2.0 (denominada CEQ-E 2.0), que mostró adecuada validez aparente y de contenido, con valores de Aiken V superiores a 0.70 en todos los ítems. Posteriormente, en una muestra de 500 mujeres, el análisis factorial aprobatorio identificó una muestra de cuatro dominios con adecuados índices de ajuste (RMSEA=0,038 [IC 95%: 0,038-0,042], CFI= 0,989 [IC 95%: 0,984-0,991] y GFI= 0,990 [IC 95%: 0,982-0,992]). La consistencia interna resultó satisfactoria, con coeficientes Omega de 0,872 [IC 95%: 0,850-0,891] y alfa de Cronbach de 0,870 [IC 95%: 0,849-0,890]. Así mismo, la fiabilidad temporal demostró un coeficiente de correlación intraclass de 0,824 (IC 95%: 0,314-0,936;  $p \leq 0,001$ ) y un coeficiente de concordancia de 0,694 (IC 95%: 0,523-0,811), lo que evidencia la validez y robustez del instrumento a fin de analizar la experiencia del parto.

Hajizadeh Khadije et al. (33) realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas del cuestionario de falta de respeto y abuso en parturientas iraníes. El análisis factorial exploratorio identificó un patrón óptimo de cinco factores que explicaron en conjunto el 83,58 % de la varianza. El primer factor explicó el 56,48 % de la varianza, mientras que los cuatro factores restantes aportaron el 9,44 %, 7,16 %, 5,47 % y 4,98 %, respectivamente. El ajuste del modelo fue adecuado, con un chi-cuadrado de 167,15 (gl = 148;  $p = 0,134$ ), índices TLI y CFI superiores a 0,90, un RMSEA menor de 0,08 y un RMR inferior a 0,10. La confiabilidad de la escala resultó elevada, con un alfa de Cronbach global de 0,90 y un coeficiente de correlación intraclass de 0,98 (IC 95 %: 0,96–0,99), lo que respalda la consistencia interna y la estabilidad temporal del cuestionario.

Aguilar Luisa et al. (34) desarrollaron y validaron una escala para la medición de la violencia obstétrica en Colombia. La factorización de la matriz de datos fue adecuada, con un determinante de 0,020, un índice KMO de 0,82 y un test de esfericidad de Bartlett significativo ( $\chi^2 = 943,441$ ;  $p = 0,000$ ). A partir de la matriz tetralógica y bajo el criterio de valores propios  $> 1$  y el gráfico de sedimentación, se extrajeron tres factores que explicaron en conjunto el 76 % de la varianza. El primer factor, correspondiente a conductas del personal durante todo el proceso obstétrico, incluyó nueve ítems y explicó el 37 % de la varianza. El segundo factor, referido a comportamientos observados específicamente durante el parto, integró cinco ítems y explicó el 24 % de la varianza. El tercer factor, relacionado con procedimientos rutinarios generalizados aplicados a las maternas, incluyó seis ítems y explicó el 14 % de la varianza. La lista de ajuste confirmó la pertinencia del modelo de tres factores, con valores de RMSEA  $< 0,08$ , SRMR  $< 0,05$  y CFI, IFI y TLI superiores a 0,90, lo que respalda la validez estructural y consistencia del instrumento.

Marcio Tavares et al. (35) realizaron la validación de una escala de experiencias de violencia obstétrica en Brasil con una muestra de 742 mujeres. El análisis factorial exploratorio identificó tres dimensiones principales: trato irrespetuoso ( $\beta = 0,81$ ), negligencia en la atención ( $\beta = 0,75$ ) y comunicación deficiente ( $\beta = 0,73$ ). La adecuación muestral fue satisfactoria (KMO = 0,892) y el test de esfericidad de Bartlett resultó significativo ( $\chi^2 (231) = 2456,324$ ;  $p < 0,001$ ). El coeficiente de fiabilidad global alcanzó un valor de 0,88, mientras que las correlaciones ítem-total oscilaron entre 0,48 y 0,69. Los valores de alfa de Cronbach para cada dimensión superaron 0,70, lo que evidencia una coherencia interna adecuada. En conjunto, los resultados confirmaron que las

intercorrelaciones entre ítems reflejaban factores latentes coherentes con la teoría subyacente, respaldando así la validez y fiabilidad del instrumento.

En síntesis, el poder obstétrico se manifiesta como un conjunto de prácticas y creencias que consolidan la supremacía médica sobre el cuerpo y las decisiones de las féminas durante el parto. Este enfoque, sustentado en una instrucción jerárquica y autoritaria, privilegia los procedimientos técnicos por encima del saber corporal de la gestante, reforzando protocolos estandarizados que limitan la autonomía, desatienden la diversidad cultural y minimizan las dimensiones emocionales y reproductivas de la atención. (36)

Diversos estudios evidencian que el poder obstétrico se reproduce en dos dimensiones, la primera de carácter simbólico, se sostiene en discursos, creencias y hábitos profesionales adquiridos durante la formación médica, que consolidan jerarquías y subordinan las experiencias de las mujeres frente al saber biomédico; y la segunda, de índole estructural, se expresa en normativas, protocolos y rutinas hospitalarias que regulan y estandarizan la atención obstétrica. Sin embargo, las gestantes suelen iniciar el parto con la expectativa de recibir un trato ameno, pero este se ve frustrado por prácticas institucionales como protocolos rígidos, ausencia de consentimiento informado y trato deshumanizado. Tales experiencias, que incluyen formas de violencia física, verbal o psicológica, son frecuentemente asumidas como parte natural del proceso, lo que promueve su normalización y permanencia en el tiempo. (37)

En líneas generales, la autonomía de la individuo durante el embarazo, parto y puerperio es un derecho esencial, pero en gran parte de los contextos latinoamericanos se

ve limitado por estructuras biomédicas verticales y prácticas que priorizan el criterio médico sobre la voluntad de las gestantes, generando relaciones de poder asimétricas donde la mujer queda reducida a un papel pasivo, perdiendo control sobre decisiones fundamentales de su proceso reproductivo. Este enfoque invisibiliza sus saberes, refuerza la idea de que el criterio profesional es incuestionable y promueve una medicalización excesiva que, en lugar de brindar bienestar, profundiza la vulnerabilidad física, emocional y ética de las gestantes. (38)

En la actualidad, la violencia obstétrica constituye un problema de salud pública que vulnera los derechos de las mujeres durante la atención del parto y el puerperio; en efecto, se manifiesta mediante prácticas como el trato deshumanizado y la realización de procedimientos sin consentimiento informado. Si bien estas prácticas generan repercusiones físicas, emocionales y psicológicas, aún continúan siendo subregistradas y normalizadas, especialmente en los hospitales públicos. En este contexto, los hospitales públicos de Lima, caracterizados por una alta demanda asistencial y diversas limitaciones estructurales, representan escenarios donde resulta necesario contar con herramientas que permitan identificar de manera objetiva la violencia obstétrica. Por ello, las puérperas constituyen una población clave, dado que han vivido recientemente el proceso de atención del parto dentro del área de influencia institucional. Desde una perspectiva teórica y metodológica, la medición de la violencia obstétrica requiere instrumentos psicométricamente válidos y confiables; no obstante, la limitada disponibilidad de escalas validadas en el contexto peruano restringe la generación de evidencia científica sólida. En consecuencia, la validación de la escala CARE M-Q permitirá evaluar sus propiedades psicométricas y disponer de un instrumento culturalmente pertinente para la medición de este fenómeno.

Finalmente, los resultados de la presente investigación no solo contribuirán al ámbito académico, sino que además servirán como base para el diseño de estrategias orientadas a mejorar la calidad de la atención obstétrica, fortalecer la humanización del cuidado y promover el respeto de los derechos y la dignidad de las mujeres en los servicios de salud.

### **1.1. Formulación del problema**

¿Es válida y confiable la escala CARE M-Q para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025?

### **1.2. Objetivos**

#### **Objetivo general:**

Validar la escala CARE M-Q para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.

#### **Objetivos específicos:**

- Determinar la validez de constructo de la escala CARE M-Q en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.
- Determinar la confiabilidad de la escala CARE M-Q aplicada a las puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.

### **1.3. Hipótesis**

**H<sub>0</sub>:** La escala CARE M-Q no es válida ni confiable para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.

**H<sub>1</sub>:** La escala CARE M-Q es válida y confiable para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.

## CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

El actual estudio tendrá un enfoque cuantitativo porque se reunieron datos numéricos usando una escala, luego se emplearon métodos estadísticos para examinar sus características psicométricas y comprobar las hipótesis propuestas. (39) El nivel es aplicativo, debido a que la investigación se caracteriza por evaluar el conocimiento teórico en un contexto específico, con el propósito de verificar su validez y utilidad en la práctica. (40). El alcance de la investigación es descriptivo, tal como lo proponen Hernández et al (41), quienes argumentan que esta clase de estudio supone la observación de fenómenos en su ambiente original sin modificar las variables. De este modo, los datos obtenidos servirán de apoyo para investigaciones futuras posteriores y para la aplicación de la escala en distintos contextos hospitalarios del país. Así mismo, se enmarca en un diseño de investigación psicométrico, relativo a Alarcón (42) ya que su objetivo principal es examinar las características de validez y confiabilidad de la escala CARE M-Q. Esto incluye establecer los criterios normativos que la componen y asegurar que sea apropiada para medir la violencia obstétrica en mujeres puérperas.

La población de estudio estará conformada por el total de puérperas que son atendidas en un hospital público de Lima-Perú durante el último trimestre del año 2025. Para la elección de la muestra se tomará la siguiente recomendación: Cuando se construye un instrumento de medición, unos cuantos autores como Muñoz y Fonseca (43) consideran importante que la cantidad de integrantes sean aproximadamente diez participantes por cada ítem para obtener mejores resultados en los análisis. En ese sentido la muestra quedará conformada por un total de 200 puérperas dado que el instrumento

tiene 20 ítems. Para la selección de cada sujeto de estudio se utilizará un muestreo no probabilístico por cuota y conveniencia, considerando los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

- Puérperas que atendieron su parto en un hospital público de Lima, Perú.
- Primíparas o multíparas.
- Parto eutócico.
- Mayores 18 años.

**Criterios de exclusión:**

- Parto por cesárea.
- Mujer con dificultad para la comunicación y entendimiento del instrumento.
- Mujeres con estado de salud emocional alterado.

La técnica para recolección de datos fue la encuesta y como instrumento se empleó la escala CARE M-Q para la violencia obstétrica en puérperas. En la investigación se empleó la versión en español validada por Hernández et al. (49) en España en el año 2024 esta versión está integrada por 20 ítems de alternativa múltiple agrupados en 5 factores, de la siguiente manera:

FACTOR	Nº ÍTEMS	VARIANZA	$\alpha$
Abuso emocional	7, 10, 11, 12, 13, 14	17,4%	0.853
Profesionalidad inadecuada	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 15, 18	10,2%	0.858
Maltrato físico	16, 17, 19	8,9%	0.538
Pérdida de contacto	6, 20	8,7%	0.622

Esta escala cuenta con evidencia de validez de contenido por medio de jueces, validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio y confirmatorio, que determinó un modelo de cuatro factores que representan al 55,16 % de la varianza. También cuenta con evidencia de la confiabilidad mediante el método de consistencia interna a través del coeficiente  $\alpha$  obteniéndose valores por encima de .8 que son considerados aceptables, estas cifras se muestran en el cuadro anterior.

La recolección de datos se inició con la obtención de la autorización institucional del hospital público y la aprobación del comité de ética correspondiente (Anexo 3). Con la aprobación obtenida, se identificó a las puérperas que se ajusten a los criterios de inclusión previamente establecidos. Después de elegir a las participantes se les brindó información detallada acerca de los objetivos del estudio y forma de participación, con lo cual se consiguió su consentimiento informado por escrito, asegurando siempre la protección y el anonimato de la información.

En cuanto a los aspectos éticos se solicitó el consentimiento informado a las puérperas para garantizar que, entendieron la finalidad y el alcance del estudio, así como su participación voluntaria. Además, se aseguró que los cuatro principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress (44): no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía sean considerados. En primer lugar, se garantizó el principio de autonomía, respetando la decisión informada y voluntaria de cada participante (45) quienes tuvieron la libertad de aceptar o rechazar su participación sin presiones externas. La no maleficencia, que se basa en el respeto de la integridad humana, fue otro factor considerado (46) ya que el estudio fue observacional y solo se usó la escala CARE M-Q, sin ningún tipo de intervención que ponga en riesgo la salud y vida de las participantes. Del mismo modo, se respetó el principio de beneficencia, siendo la responsabilidad de hacer el bien tanto para uno mismo como para los demás (47) buscando que los hallazgos de la

investigación ayuden a crear herramientas confiables y válidas que eleven la calidad del servicio obstétrico en beneficio de las gestantes y del sistema sanitario. Por último, la justicia es la iniciación moral que conduce a la idea que todos debemos vivir honestamente (48) por ende, se garantizó que las participantes tuvieran igual acceso para su inclusión en el estudio, sin discriminación.

Para analizar los datos, se tabuló los datos recolectados en una página de cálculo Excel. Para los análisis descriptivos y manejo inicial de la base de datos se empleará el software IBM SPSS Statistics 26. Para el análisis factorial confirmatorio la determinación de la confiabilidad del instrumento se empleará el software R Studio IDE (Data Science & Statistics). Para la confiabilidad se utilizará el método de la consistencia interna a través del coeficiente  $\omega$ . Todos los resultados serán presentados en tablas según el estilo Vancouver.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS

**Tabla 1.** Matriz de correlaciones entre ítems.

	vo01	vo02	vo03	vo04	vo05	vo06	vo07	vo08	vo09	vo10	vo11	vo12	vo13	vo14	vo15	vo16	vo17	vo18	vo19	vo20
vo01	1	0.48	0.57	0.33	0.31	0.24	0.14	0.24	0.37	0.39	0.26	0.15	0.21	0.3	0.29	0.32	0.39	0.31	0.28	0.11
vo02	0.48	1	0.5	0.25	0.29	0.28	0.22	0.39	0.38	0.38	0.37	0.31	0.36	0.47	0.33	0.27	0.39	0.25	0.32	0.17
vo03	0.57	0.5	1	0.39	0.27	0.31	0.3	0.28	0.27	0.49	0.4	0.31	0.36	0.48	0.29	0.28	0.26	0.29	0.35	0.3
vo04	0.33	0.25	0.39	1	0.36	0.19	0.28	0.1	0.37	0.34	0.37	0.17	0.2	0.23	0.33	0.41	0.35	0.12	0.23	0.26
vo05	0.31	0.29	0.27	0.36	1	0.33	0.27	0.2	0.39	0.33	0.17	0.3	0.25	0.32	0.35	0.23	0.28	0.26	0.12	0.13
vo06	0.24	0.28	0.31	0.19	0.33	1	0.58	0.24	0.43	0.53	0.51	0.45	0.46	0.28	0.37	0.15	0.27	0.31	0.22	0.28
vo07	0.14	0.22	0.3	0.28	0.27	0.58	1	0.24	0.45	0.54	0.43	0.47	0.41	0.27	0.31	0.08	0.09	0.45	0.22	0.43
vo08	0.24	0.39	0.28	0.1	0.2	0.24	0.24	1	0.42	0.33	0.3	0.38	0.32	0.37	0.22	0.27	0.04	0.01	0.28	0.29
vo09	0.37	0.38	0.27	0.37	0.39	0.43	0.45	0.42	1	0.52	0.45	0.41	0.41	0.51	0.52	0.46	0.46	0.33	0.47	0.23
vo10	0.39	0.38	0.49	0.34	0.33	0.53	0.54	0.33	0.52	1	0.59	0.63	0.7	0.59	0.56	0.42	0.31	0.43	0.35	0.45
vo11	0.26	0.37	0.4	0.37	0.17	0.51	0.43	0.3	0.45	0.59	1	0.66	0.52	0.44	0.53	0.25	0.27	0.24	0.35	0.44
vo12	0.15	0.31	0.31	0.17	0.3	0.45	0.47	0.38	0.41	0.63	0.66	1	0.77	0.6	0.45	0.28	0.11	0.3	0.3	0.45
vo13	0.21	0.36	0.36	0.2	0.25	0.46	0.41	0.32	0.41	0.7	0.52	0.77	1	0.74	0.45	0.34	0.25	0.37	0.34	0.36
vo14	0.3	0.47	0.48	0.23	0.32	0.28	0.27	0.37	0.51	0.59	0.44	0.6	0.74	1	0.54	0.49	0.37	0.35	0.42	0.28
vo15	0.29	0.33	0.29	0.33	0.35	0.37	0.31	0.22	0.52	0.56	0.53	0.45	0.45	0.54	1	0.58	0.59	0.27	0.38	0.36
vo16	0.32	0.27	0.28	0.41	0.23	0.15	0.08	0.27	0.46	0.42	0.25	0.28	0.34	0.49	0.58	1	0.57	0.18	0.32	0.18
vo17	0.39	0.39	0.26	0.35	0.28	0.27	0.09	0.04	0.46	0.31	0.27	0.11	0.25	0.37	0.59	0.57	1	0.35	0.39	0.12
vo18	0.31	0.25	0.29	0.12	0.26	0.31	0.45	0.01	0.33	0.43	0.24	0.3	0.37	0.35	0.27	0.18	0.35	1	0.31	0.13
vo19	0.28	0.32	0.35	0.23	0.12	0.22	0.22	0.28	0.47	0.35	0.35	0.3	0.34	0.42	0.38	0.32	0.39	0.31	1	0.46
vo20	0.11	0.17	0.3	0.26	0.13	0.28	0.43	0.29	0.23	0.45	0.44	0.45	0.36	0.28	0.36	0.18	0.12	0.13	0.46	1

La matriz de correlación entre ítems mostró principalmente conexiones positivas, en general un patrón de correlaciones bajas a moderadas, lo que indica que los ítems del instrumento son suficientemente homogéneos.

En general, las correlaciones variaron significativamente desde casi nulas hasta valores muy altos, con las correlaciones más altas entre vo12–vo13 ( $r = 0.77$ ) y vo13–vo14 ( $r = 0.74$ ) y una alta correlación entre vo10–vo13 ( $r = 0.70$ ). Desde un punto de vista psicométrico, el bloque de alta correlación (vo10, vo12, vo13 y vo14) indica una posible redundancia semántica o dependencia local, ya que una categoría de ítems puede estar midiendo prácticamente el mismo contenido. Esto es útil para mejorar la construcción del instrumento, ya que las correlaciones alrededor de  $\geq 0.70$  típicamente representan ítems parcialmente duplicados (excelente para facilitar la comparación, pero con relevancia limitada para la amplitud del constructo). Por otro lado, se encontraron correlaciones muy bajas o cercanas a cero con algunos pares, especialmente vo08–vo18 ( $r = 0.01$ ) y vo08–vo17 ( $r = 0.04$ ), así como correlaciones muy bajas entre vo07–vo16 y vo07–vo17 ( $r = 0.08$  y  $0.09$ ). Este patrón puede interpretarse como una indicación de que estos ítems (particularmente vo08 debido a la prácticamente nula correlación con vo17 y vo18) no están midiendo el mismo aspecto del constructo, son ambiguos en su redacción, o también están correlacionados con otra dimensión, si el instrumento es multidimensional. Este hallazgo se presenta en artículos científicos como evidencia para apoyar análisis estructurales (EFA/CFA), revisión de ítems o cargas cruzadas.

**Tabla 2.** Análisis factorial confirmatorio. Análisis de ajuste del modelo.

Índice	Modelo 1 (20 ítems) Corregido	Modelo 2 (12 ítems) Corregido
$\chi^2$	567.458	109.213
gl	160	41
p ( $\chi^2$ )	<.001	<.001
CFI	.914	.970
TLI	.898	.956
RMSEA	.101	.077
IC 90% del RMSEA	[.092 - .110]	[.059 - .099]
p ( $H_0$ : RMSEA $\leq$ .050)	<.001	.008
p ( $H_0$ : RMSEA $\geq$ .080)	1.000	.411
SRMR	.101	.056

Nota: CFI = Índice de Ajuste Comparativo; TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación; SRMR = Residuo Cuadrático Medio Estandarizado. El modelo se estimó con DWLS (apropiado para ítems ordinales).

El análisis factorial confirmatorio (CFA) del CARE-MQ se estimó con DWLS ( $n = 251$ ), lo que indicó que el modelo original de 5 factores que contenía 20 variables no proporcionaba un ajuste global suficiente, como lo ilustran los valores de CFI/TLI = .914/.898, RMSEA = .101 y SRMR = 0.101, lo que implica que existían elementos con baja contribución al constructo, posible redundancia y/o alta varianza residual, lo que podría aumentar los errores de aproximación y los residuos. Por lo tanto, se realizó una depuración psicométrica manteniendo el marco teórico y eliminando los elementos que deterioraban el ajuste del modelo, obteniendo así una respuesta más parsimoniosa con mejor representación factorial. El resultado (5 factores, 12 elementos en total) demostró claramente mejoras psicométricas relevantes en el ajuste, con CFI = .970 y TLI = .956, ambos valores superan el umbral habitual de .95. Mientras que el SRMR = .056 indicó bajos residuos (criterio <.08). En cuanto al error de aproximación RMSEA = .077 (IC del 90%: .059 - .095) muestra un ajuste razonable/marginal, acercándose a un umbral de .08,

adecuado para modelos de complejidad moderada. Todas métricas que proporcionaron un ajuste razonable; además, la reducción de elementos tuvo importancia porque mejoraría la precisión estructural (menos error y mejor discriminación entre factores), aumentaría la eficiencia del instrumento (menos tiempo de aplicación y menos fatiga del encuestado) y mejoraría la utilidad práctica del CARE-MQ sin sacrificar su organización conceptual, validando así la validez factorial para su uso en una población similar.

**Tabla 3.** Análisis factorial confirmatorio. Cargas factoriales estandarizadas, R<sup>2</sup> y varianza de error por ítem (n=251).

Dimensión	Ítem	Carga estandarizada		
		(Std.all)	R <sup>2</sup> = λ <sup>2</sup>	θ = 1 - λ <sup>2</sup>
Información recibida de los profesionales	Ítem 1	.740	.548	.452
	Ítem 2	.761	.579	.421
	Ítem 3	.892	.796	.204
Privacidad	Ítem 4	.710	.504	.0496
	Ítem 5	.619	.383	.617
Apoyo profesional y cuidados recibidos	Ítem 6	.835	.697	.303
	Ítem 7	.783	.613	.387
Relación interpersonal inadecuada	Ítem 10	.948	.899	.101
	Ítem 11	.771	.594	.406
	Ítem 13	.780	.608	.392
Técnicas inadecuadas o innecesarias	Ítem 15	.911	.830	.170
	Ítem 16	.726	.527	.473

Nota: λ corresponde a las cargas factoriales estandarizadas del AFC. R<sup>2</sup> indica la proporción de varianza del ítem explicada por su factor. θ representa la varianza residual (error) del ítem en solución estandarizada.

Todas las cargas factoriales estandarizadas fueron positivas, altas y estadísticamente significativas ( $p < .001$ ), lo que indica que los factores en los ítems fueron adecuadamente representados. Consideradas en conjunto, las cargas variaron en tamaño entre .619 y .948, sugiriendo que los ítems representan contribuciones significativas al constructo latente (es decir, valores  $\geq .50$  son típicamente aceptables, y  $\geq .70$  fuertes). En ese sentido, la validez convergente a nivel de ítem está respaldada por el patrón de correlaciones significativas entre cada ítem y su dimensión teórica. Asimismo, las covarianzas estandarizadas (Std.all) fueron positivas, de moderadas a altas, y significativas ( $p < .001$ ), oscilando alrededor de .438 a .811. Esto indica que las dimensiones evaluadas están conceptualmente relacionadas, aunque no son las mismas, y son consistentes con herramientas de medición multidimensionales.

**Tabla 4.** Confiabilidad por dimensión. Coeficiente omega ( $\omega$ ) derivado del AFC

<b>Dimensión</b>	<b>N° ítems</b>	<b>Rango de cargas (Std.all)</b>	<b><math>\omega</math></b>	<b>Interpretación</b>
Información recibida de los profesionales	3	.740 - .892	.842	Bueno
Privacidad	2	.619 - .710	.613	Moderado
Apoyo profesional y cuidados recibidos	2	.783 - .835	.791	Bueno
Relación interpersonal inadecuada	3	.771 - .948	.874	Muy bueno
Técnicas inadecuadas o innecesarias	2	.726 - .911	.806	Bueno

Nota.  $\omega$  se calculó a partir de las cargas estandarizadas del AFC.

Los puntajes de consistencia interna estimados por Omega ( $\omega$ ) tuvieron valores satisfactorios en cuatro dominios ( $\omega \approx 0.79-0.87$ ), mientras que la dimensión de Privacidad tuvo un  $\omega$  moderado ( $\omega \approx 0.61$ ), resultado presumiblemente afectado por el menor número de indicadores (2 ítems), sugiriendo que su fortalecimiento debe considerarse para futuras aplicaciones.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### Discusión

Los resultados obtenidos en la matriz de correlaciones entre los ítems del instrumento CARE-MQ evidencian un patrón predominante de correlaciones positivas, con asociaciones bajas a moderadas entre la mayoría de los ítems, lo cual sugiere una adecuada homogeneidad interna sin pérdida de variabilidad.

La Tabla 1 muestra una relación predominantemente positiva (correlaciones) entre los ítems a lo largo de un amplio rango de diferencias (aproximadamente  $r = .037$  a  $r = .928$ ), lo que sugiere que los ítems tienen varianza común (evalúan un constructo común relevante a experiencias de abuso/falta de respeto), pero también que los pares con valores de correlación muy altos sugieren redundancia de contenido o superposición. Este hallazgo corrobora lo reportado por los autores originales del CARE-MQ, quienes señalan que los ítems agrupados dentro de una misma dimensión tienden a presentar mayores asociaciones. En psicometría, observamos una tendencia, en escalas multidimensionales, donde las dimensiones están vinculadas, pero no son intercambiables en ninguna medida específica, y por lo tanto, las correlaciones moderadas proporcionan evidencia de coherencia interna, mientras que las correlaciones excesivas pueden sobre parametrizar y perturbar la parsimonia.

Los estudios previos también demuestran las revisiones/mejoras de los procesos de premedición de la VO y constructos relacionados para mejorar la estructura y eficiencia: Mena Tudela et al. (29) informaron sobre el desarrollo y validación de un cuestionario con una estructura factorial; VanGompel et al. (30) operacionalizaron dominios (por ejemplo, racismo obstétrico) en un instrumento corto; y Aguilar-Bernal et al. (34) desarrollaron una escala a partir de datos cualitativos y modificaron una medida basada en el examen factorial. A corto plazo, la matriz refuerza la importancia de un análisis factorial confirmatorio (CFA) y apoya teóricamente la estrategia de eliminar ítems repetitivos para afinar la precisión e interpretabilidad con el

CARE-MQ sin descuidar la cobertura conceptual.

En la Tabla 2, el modelo original (Modelo 1) de cinco factores que contiene 20 ítems mostró un ajuste global deficiente ( $CFI = .914$ ;  $TLI = .898$ ;  $RMSEA = .101$ ;  $SRMR = .101$ ;  $SRMR = .101$ ). Esta tendencia indica discrepancias en el ajuste entre el modelo hipotetizado y las covarianzas observadas en línea con ítems con baja contribución factorial, altos residuos y/o redundancia semántica. El modelo 2 presentó un grado notable de ajuste (manteniendo cinco dimensiones y 12 ítems) después de la mejora ( $CFI = .970$ ;  $TLI = .956$ ;  $RMSEA = .077$ ;  $SRMR = .056$ ), sugiriendo un modelo más compacto y coherente de la medida. Esta estrategia (reducción y no pérdida de dominios) es significativa porque disminuye el error de medición y aumenta la interpretabilidad, lo que nos permite usarlo en los servicios más frecuentemente utilizados sin “forzar” un buen ajuste mediante cambios ad hoc. El modelo final, conformado por cinco factores y doce ítems, mostró índices de ajuste adecuados, con valores de CFI y TLI superiores a 0,95 y un SRMR dentro de rangos aceptables, lo que respalda la validez factorial del instrumento en el contexto evaluado.

Asimismo, la fortaleza de los índices del Modelo 2 concuerda con trabajos previos en el dominio: Según Hernández-Martínez et al. (49) la validación del CARE-MQ en España indicó un buen ajuste en el CFA de la herramienta. González-de la Torre et al. (31) menciona que la adaptación de la escala de VO en España tuvo buen ajuste y Machín Martín et al. (32) que la validación del CEQ-E 2.0 generó indicadores positivos para el CEQ con omega alto. Así, la comparación de modelos es consistente con la validez estructural del CARE-MQ reducido y racionaliza la reducción de ítems como una decisión metodológica respecto a la calidad de la medición.

La Tabla 3 muestra que la Tabla uno tiene 12 ítems en total. Las cargas factoriales estandarizadas para el Modelo 2 (Modelo refinado con 12 ítems en total) fueron positivas, estadísticamente significativas ( $p < .001$ ), y de magnitud media a alta ( $\sim\lambda = .619$  a  $.948$ ),

evidencia de que todos los ítems tienen niveles convergentes de validez. Las cargas de relación interpersonal inadecuada fueron particularmente altas (hasta  $\lambda \approx .948$ ) y Técnicas inadecuadas o innecesarias (hasta  $\lambda \approx .911$ ), lo que parece reflejar aspectos centrales del constructo de violencia obstétrica y por lo tanto explicar una parte considerable de la varianza en el indicador. Por otro lado, en Privacidad, se encontró un ítem de carga más baja ( $\lambda \approx .619$ ), lo cual es anticipado si los dominios son más situacionales o tienen menos indicadores.

El patrón observado coincide con instrumentos similares según; Hernández-Martínez et al. (49), VanGompel et al. (30), Aguilar-Bernal et al. (34) en los que las cargas típicamente superan .40-.50 y la estructura multidimensional permanece presente. Idealmente, estas cargas facilitan una conceptualización de la VO como un concepto integrado que interactúa con componentes informativos, relacionados, procedimentales y contextuales (privacidad) y apoyan además que la versión abreviada retiene indicadores fuertes relacionados con los dominios definidos por el CARE-MQ.

La Tabla 4 revela que el omega tiene buena o muy buena consistencia interna a través de cuatro dimensiones ( $\omega \approx .79 - .87$ ), y enfatizó la inadecuación de la relación interpersonal ( $\omega = .874$ ) y la información recibida ( $\omega = .842$ ). Estos valores indican precisión adecuada para investigación aplicada y monitoreo de los servicios. La dimensión privacidad presentó un omega moderado ( $\omega = .613$ ), probablemente un reflejo de muy pocos ítems (dos indicadores) y la heterogeneidad del contenido. Como se mencionó anteriormente la fiabilidad es sensible a ciertos errores y variedad de interpretación (con pocos ítems). En la literatura, los dominios con consistencia limitada suelen ser cortos o altamente contextuales o menos estables. De acuerdo con Hernández-Martínez et al. (49) la validación del CARE-MQ, por ejemplo, mostró un alto nivel de fiabilidad y buen acuerdo en la prueba-reprueba, mientras que otros dispositivos en el dominio mostraron coeficientes moderados tras refinamientos que enfatizaban la parsimonia (29,

32). Estos resultados son consistentes y respaldan la confiabilidad de los datos obtenidos por el CARE-MQ.

Razonado desde el contexto psicométrico y clínico, esta disminución en CARE-MQ de 20 ítems a 12 ítems. La psicometría de la evidencia empírica muestra que algunos ítems del modelo original ofrecían información redundante (correlaciones muy altas entre ítems) o no contribuían a la estructura (baja asociación/alto residual), lo que se manifestaba en un ajuste global subóptimo del CFA. La eliminación de ítems redundantes o débiles resultó en índices de ajuste mejorados por parsimonia (aumento en CFI/TLI y reducción en RMSEA/SRMR) claramente sin cambiar los cinco dominios teóricos. A nivel aplicado, un instrumento corto reducirá la carga de respuesta, la fatiga y el tiempo de administración durante la fase posparto (beneficio de la tasa de respuesta y calidad de los datos); esto es especialmente importante para auditorías de calidad y gestión de atención respetuosa. Según la literatura sobre validación de instrumentos en violencia obstétrica y experiencia de parto, las copias abreviadas, manteniendo tanto el marco conceptual como las cargas consistentes, son más favorables en el uso general (31, 35, 49).

Los resultados del presente estudio respaldan la versión refinada de la escala CARE M-Q compuesta por 12 ítems como un instrumento válido y confiable para evaluar componentes esenciales de la atención obstétrica durante el parto, tales como la provisión de información, el apoyo recibido, la relación interpersonal. Las prácticas técnicas y el respeto de la privacidad. Estas evidencias permiten identificar diversas implicancias prácticas, teóricas y metodológicas relevantes. Desde el punto de vista práctico la escala CARE M-Q validada, facilita su uso como herramienta de screening en los servicios de salud, permitiendo identificar de manera rápida y sistemática la presencia de prácticas asociadas a la VO desde la percepción de las puérperas. En cuanto a las implicancias teóricas, esta escala aporta al fortalecimiento del marco conceptual sobre la VO en el contexto limeño, al permitir operacionalizar este fenómeno a partir de

dimensiones observables vinculadas a la atención durante el parto. Desde una perspectiva metodológica, este estudio contribuye al desarrollo y adaptación de instrumentos psicométricos para la investigación en salud materna en el Perú.

Entre las limitaciones del estudio, se utilizó un muestreo no probabilístico (cuota y conveniencia) en un hospital y la generalización a otros contextos fue limitada. Un diseño de estudio transversal y un diseño de autoinforme pueden introducir factores de memoria o deseabilidad social. Además, aunque el refinamiento puede haber aumentado el ajuste, la reducción de cualquier ítem debe sopesarse contra la validez de contenido: se deben registrar los datos sobre los criterios de eliminación y evaluar la equivalencia con la versión original (por ejemplo, correlación entre puntuaciones, sensibilidad del dominio). Finalmente, se recomendaría ampliar la evidencia mediante la invariancia factorial por subgrupos (tipo de parto, paridad), la fiabilidad de la prueba-reprueba y la validez convergente/discriminante por satisfacción, calidad percibida o estado psiquiátrico posparto.

### **Conclusiones:**

- La matriz de inter-ítems indicó una correlación predominantemente positiva, con algunos pares de ítems correlacionados demostrando la utilidad para la redundancia, lo que llevó al refinamiento de los ítems.
- El CFA proporcionó evidencia de validez de constructo: el modelo original (20 ítems) indicó que el ajuste era insuficiente, mientras que el modelo ajustado (12 ítems) mostró una mejora significativa en los índices de ajuste.
- Las cargas factoriales en el modelo refinado fueron significativas y de magnitud media-alta, subrayando la validez convergente de los indicadores y la coherencia de las cinco dimensiones.
- La fiabilidad con omega fue buena/muy buena en cuatro dimensiones y moderada en Privacidad, cumpliendo el objetivo de fiabilidad con un dominio propenso al refuerzo.

### **Recomendaciones**

- Al establecimiento de salud: institucionalizar la medición periódica del respeto/maltrato en el parto con el CARE-MQ (12 ítems), integrando los resultados en comités de calidad y planes de mejora; medidas prioritarias para intervenciones en dimensiones con mayor peso factorial.
- A los obstetras del establecimiento: desarrollar competencias en comunicación clínica, consentimiento informado y atención centrada en la mujer; revisar prácticas técnicas para confirmar la indicación clínica; reducir intervenciones innecesarias y comportamientos deshumanizantes.
- A los investigadores obstetras: repetir la prueba de validación en múltiples jurisdicciones y niveles de atención; evaluar la invariancia factorial y la estabilidad temporal; y desarrollar/fomentar ítems de Privacidad que mejoren su consistencia interna.

## REFERENCIAS

1. Távara-Orozco. Cómo Entendemos La Violencia Obstétrica. *Revista Peruana de Ginecología Y Obstetricia*, vol. 70, no. 2, 29 June 2024, Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2640>
2. Jojoa-Tobar, Elisa, et al. “Violencia Obstétrica: Haciendo Visible Lo Invisible.” *Salud UIS*, vol. 51, no. 2, 11 Apr. 2019, pp. 136–147, Encontrado en: [revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9335](http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9335)
3. Castro, Roberto, and Joaquina Erviti. “25 Años de Investigación Sobre Violencia Obstétrica En México.” *Revista CONAMED*, vol. 19, no. 1, 2020, pp. 37–42, Disponible en: [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781)
4. Organización Mundial de la Salud. "Who and partners launch global guide to advance respectful maternal and newborn care" Publicado el 7 de agosto, 2025. Disponible: <https://www.who.int/news/item/07-08-2025-who-and-partners-launch-global-guide-to-advance-respectful-maternal-and-newborn-care>
5. Tobasía-Hege, Constanza, et al. “Irrespeto Y Maltrato Durante El Parto Y El Aborto En América Latina: Revisión Sistemática Y Metaanálisis.” *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 43, 3 May 2019, p. 1, Encontrada en: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.36>
6. Leavy E., Cortet M., Huissoud C., Desplanches T., Sormani J., Viaux-Savelon S., Dupont C., Pichon S., Gaucher L., Disrespect during Childbirth and Postpartum Mental Health: A French Cohort Study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2023, 23(1): 241. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05551-3>
7. Carer S, Suziane M, Monteiro M, da, de, Antonio J, et al. Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 3];37(1):- . Encontrado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192021000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100006)

8. Marcos-Garces, Paola M, et al. “Perception and Experience of Obstetric Violence in Postpartum Women at a Public Hospital in Peru: A Mixed Study.” *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, vol. 42, no. 1, Sept. 2025, pp. 54–62, Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.421.14281>
9. Vallana V. “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia [Internet]. *Rev. Cienc. Salud.* vol.17 ; 2020. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732019000400128&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000400128&lang=es)
10. Keedle Hazel et al. “Dehumanized, Violated, and Powerless: An Australian Survey of Women’s Experiences of Obstetric Violence in the Past 5 Years.” *Violence against Women*, vol. 30, no. 9, 30 Nov. 2022, p. 107780122211401, Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10778012221140138>
11. Perrotte V., Chaudhary A., Goodman A. (2020). “Al menos tu bebé está sano”: Violencia obstétrica, falta de respeto y abuso en el parto a nivel mundial: Una revisión bibliográfica. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* , 10(11), 1544–1562. Disponible en: <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>
12. European Parliament resolution of 24 June 2021 on the situation of sexual and reproductive health and rights in the EU, in the frame of women’s health (2020/2215(INI)), Encontrada en: <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021IP0314>
13. Leavy, Emma, et al. “Disrespect during Childbirth and Postpartum Mental Health: A French Cohort Study.” *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 23, no. 1, 12 Apr. 2023, Encontrada en: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05551-3>

14. Alcaraz-Vidal et al. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. Publicado en 2021 Jul; Volume 98, July 2021, 102977 Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613821000565>
15. Parlamento Europeo, European Parliament legislative resolution of 24 June 2021 [Internet]. Europa.eu. 2021 [cited 2025 Sep 3]. Encontrado en: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-06-24\\_EN.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-06-24_EN.html)
16. Cárdenas Castro, Manuel, and Stella Salinero Rates. “Violencia Obstétrica En Chile: Percepción de Las Mujeres Y Diferencias Entre Centros de Salud.” *Revista Panamericana de Salud Pública*, no. 46, 12 Apr. 2022, p. 1, <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.24>
17. Tufiño Macas JA, Sánchez Chavaría ST, Alban Araujo GM, Piedra Utreras KM, Alcocer Ortega IM, Saul Darío SD. Percepción de la violencia obstétrica en profesionales de salud de la amazonia ecuatoriana, año 2022. *Ciencia Latina* [Internet]. 10 de noviembre de 2022 [citado 26 de agosto de 2025];6(5):4387-410. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3402>
18. ---. “Epidemiologia Da Violência Obstétrica: Uma Revisão Narrativa Do Contexto Brasileiro.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 29, no. 9, 26 Aug. 2024, p. e12222023, Encontrado en: [www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfJWJgpPjd/abstract/?lang=pt](http://www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfJWJgpPjd/abstract/?lang=pt)
19. Sena, Ligia Moreiras, and Charles Dalcanale Tesser. “Violência Obstétrica No Brasil E O Ciberativismo de Mulheres Mães: Relato de Duas Experiências.” *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 21, no. 60, 3 Nov. 2016, pp. 209–220, Disponible en: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGTkjmRqRXnFJX6xfpk/?format=html&lang=pt>
20. González-Blanco, Mireya. “Reflexiones Sobre Violencia Obstétrica.” *Revista de Obstetricia Y Ginecología de Venezuela*, vol. 84, no. 01, 22 Feb. 2024, pp. 01–03,

Encontrado en: [ve.scielo.org/scielo.php?lng=pt&nrm=iso&pid=S0048-77322024000100001&script=sci\\_arttext&utm\\_source=](https://ve.scielo.org/scielo.php?lng=pt&nrm=iso&pid=S0048-77322024000100001&script=sci_arttext&utm_source=)

21. Pueblo, Defensoria del. “Propuesta de Defensoría Del Pueblo Para La Implementación de Una Norma Que Prevenga La Violencia Obstétrica, Fue Acogida Por El Minsa.” *Defensoria Del Pueblo - Perú*, 2025, [www.defensoria.gob.pe/propuesta-de-defensoria-del-pueblo-para-la-implementacion-de-una-norma-que-prevenga-la-violencia-obstetrica-fue-acogida-por-el-minsa/?utm\\_source=](https://www.defensoria.gob.pe/propuesta-de-defensoria-del-pueblo-para-la-implementacion-de-una-norma-que-prevenga-la-violencia-obstetrica-fue-acogida-por-el-minsa/?utm_source=)
22. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial N° 38.668, 19 de abril de 2007 [Internet]. Caracas: Asamblea Nacional; 2007 [citado 2025 sep 2]. Disponible en: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/law/VEN-RH-63-01-LAW-2007-esp-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
23. República Argentina. Ley 25.929. Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento (Parto Humanizado). Boletín Oficial N° 30.270, 25 de agosto de 2004 [Internet]. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina; 2004 [citado 2025 sep 2]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805/texto>
24. Lía Camila Díaz. “Naturaleza Y Feminidad En El Activismo Por El Parto Respetado: El Lugar de Las Imágenes Y Las Referencias Visuales.” *Runa*, vol. 44, no. 1, 2023, pp. 57–71, Encontrada en: [www.redalyc.org/journal/1808/180875059004/html/](http://www.redalyc.org/journal/1808/180875059004/html/)
25. Instituto Nacional De Estadística E Informática. *Perú: Encuesta Demográfica Y de Salud Familiar ENDES 2022*. Disponible en: [www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf)
26. Manuel, García-Acosta Jesús, et al. “Midiendo Las Actitudes Negativas Y La Transfobia Explícita En Un Servicio Público de Salud.” *Index de Enfermería*, vol. 29, no. 4, Oct.

- 2020, pp. 210–214, Encontrado en: [scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962020000300005&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962020000300005&script=sci_arttext)
27. Huarino Suca, Shirley, and Olga Choque Chura. “Vista de Violencia Obstétrica En Mujeres Atendidas En Un Hospital Público.” *Unjbg.edu.pe*, 2021, Encontrado en: [revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1151/1271](https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1151/1271)
  28. Montesinos-Segura, Reneé, et al. “Disrespect and Abuse during Childbirth in Fourteen Hospitals in Nine Cities of Peru.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 140, no. 2, 9 Nov. 2017, pp. 184–190, Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12353>
  29. Mena-Tudela, D.; Cervera-Gasch, A.; Alemany-Anchel, M.J.; Andreu-Pejó, L.; González-Chordá, V.M. 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, 8022. Encontrado en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
  30. White VanGompel E, Lai J, Davis D, Carlock F, Camara TL, Taylor B, et al. Psychometric validation of a patient-reported experience measure of obstetric racism© (The PREM-OB Scale™ suite). *Birth*. 2022 Mar 17; Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9544169/>
  31. Gonzales Hector, Paula Nikola González-Artero, Muñoz D, Cruz MA, José Verdú Soriano. Cultural Adaptation, Validation and Evaluation of the Psychometric Properties of an Obstetric Violence Scale in the Spanish Context. *Nursing reports*. 2023 Oct 3;13(4):1368–87 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10594477/>
  32. Elisabet Machín-Martín, la G, Haridian Bordón-Reyes, Jeppesen-Gutiérrez J, Martín-Martínez A. Cultural adaptation, validation and evaluation of the psychometric properties of Childbirth Experience Questionnaire version 2.0 in the Spanish context. *BMC*

- pregnancy and childbirth. 2024 Mar 19;24(1). Encontrado en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10949694/>
33. Mirghafourvand M, Hajizadeh K, Jafarabadi M, Vaezi M, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. Psychometric properties of the disrespect and abuse questionnaire in Iranian parturient women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2023;28(1):72. Disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10215547/>
34. Aguilar L, Sierra F, Ospina M. Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia [Internet]. UNAB M, editor. *Revista de Facultad de Ciencias de la Salud*. Vol. 27(2):164-176; 2024 [cited 2025 Sep 11]. Encontrado en:  
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4807/4122>
35. Molouk Jaafarpour, Taghizadeh Z, Ebadi A, Fatemeh Abbaszadeh, Najafi F, Ashraf Direkvand-Moghaddam. The assessment of psychometric properties of childbirth violence questionnaire in Iranian women. *PLoS ONE*. 2025 Sep 4;20(9):e0328932–2. Disponible en:  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0328932>
36. Valeria, Viviana. “Es Rico Hacerlos, Pero No Tenerlos”: Análisis de La Violencia Obstétrica Durante La Atención Del Parto En Colombia1.” *Revista Ciencias de La Salud*, vol. 17, 2019, pp. 128–144, Disponible en:  
[www.redalyc.org/journal/562/56260436008/movil/?utm\\_source](http://www.redalyc.org/journal/562/56260436008/movil/?utm_source)
37. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*. 2020 Sep;35(3). Encontrado en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112021000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001)
38. Dios A, Bravo P, Uribe C, Martínez A. Participación en el proceso reproductivo: toma de decisiones durante el embarazo y parto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.

- 2022 Sep 22;68(3). Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322022000300005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000300005)
39. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela [Internet]. 2015 [cited 2025 Sep 13];75(2):081–90. Available from:  
[https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322015000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322015000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)
40. Jiménez Mora J, Moreno Bayardo M, De la Cruz Torres Frías J. Significados sobre metodología de la investigación en programas de doctorado en Educación. Una exploración desde su componente curricular. Educación [Internet]. 2023 [citado el 13 de septiembre de 2025];32(62):161–84. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-94032023000100161](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-94032023000100161)
41. Stiven E, Sánchez J, Chiliquinga I. Enfoque holístico de la violencia obstétrica en Ecuador: una problemática ética y sanitaria no visible. Polo del Conocimiento [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 13];9(3):223–41. Available from:  
<https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6639>
42. Avendaño Prieto BL, Betancort Montesinos M. Diseño y análisis psicométrico de un instrumento para evaluar celos. Acta Colomb Psicol [Internet]. 2021 [citado el 13 de septiembre de 2025];24(1):19–31. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552021000100019](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552021000100019)
43. Albero C, Chalé HY, Oudhof H. Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales. Revista Temas Sociológicos

- [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 13];(28):583–610. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8089147>
44. Perez-Rodriguez M, Berea-Baltierra R, Roy-García IA, Palacios-Cruz L, Rivas-Ruiz R. Lista para Aspectos Éticos de Investigaciones en Humanos. Rev Alerg Mex [Internet]. 2019 [citado el 13 de septiembre de 2025];66(4):474–82. Disponible en:  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-91902019000400474](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902019000400474)
45. Sogi C, Zavala S, Cárdenas M, Delgado A. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina - 2010. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2012 [citado el 13 de septiembre de 2025];73(1):19–26. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832012000100004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000100004)
46. Vargas Machado CA. Tendencias y principios en las corrientes bioéticas. Rev colomb bioét [Internet]. 2021 [citado el 13 de septiembre de 2025];16(2):119–40. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-68962021000200119](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-68962021000200119)
47. López Vélez LE, Zuleta Salas GL. El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. Franciscanum [Internet]. 2020 [citado el 13 de septiembre de 2025];62(174):1–30. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-14682020000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-14682020000200007)
48. Huanca-Arohuanca JW, Barria-Asenjo NA. Replanteando el concepto de justicia como equidad y velo de ignorancia en John Rawls desde el pluralismo ético. Desde Sur Rev Cienc Humanas Soc Univ Cient Sur [Internet]. 2022 [citado el 13 de septiembre de 2025];14(3):e0036. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2415-09592022000300010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2415-09592022000300010)

49. Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Donate Manzanares M, Ortiz Esquinas I, Rubio Álvarez A, Ballesta Castillejos A, et al. Instrument to evaluate the perception of abuse and/or disrespectful treatment during childbirth: A validation study. *Midwifery* [Internet]. 2024;137(104118):104118. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2024.104118>

**ANEXO 1. Matriz de consistencia**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>ENFOQUE, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO</b>
<p>¿Es válida y confiable la escala CARE M-Q para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025?</p>	<p><b>General:</b> Validar la escala CARE M-Q para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.</p> <p><b>Específicos:</b> Determinar la validez de constructo de la escala CARE M-Q en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.  Determinar la confiabilidad de la escala CARE M-Q aplicada a las en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.</p>	<p><b>H<sub>0</sub>:</b> La escala CARE M-Q no es válida ni confiable para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.</p> <p><b>H<sub>1</sub>:</b> La escala CARE M-Q es válida y confiable para medir la violencia obstétrica en puérperas atendidas en un hospital público de Lima, Perú 2025.</p>	<p>Violencia Obstétrica</p>	<p><b>1. Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>2. Nivel:</b> Descriptivo</p> <p><b>3. Diseño:</b> Psicométrico</p>	<p><b>1. Población:</b> puérperas atendidas en un hospital público de Lima.</p> <p><b>2. Muestra:</b> 251</p> <p><b>3. Muestreo:</b> No probabilístico.</p>

**ANEXO 2. Matriz de operacionalización de variable**

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Ítems	Categorías y códigos	Tipo de variable y escala	Instrumento de medición
Violencia obstétrica	Conjunto de acciones, omisiones o tratos deshumanizados ejercidos por el personal de salud durante el embarazo, parto o puerperio, medidos mediante la Escala CARE M-Q, que evalúa dimensiones de respeto, autonomía, comunicación, empatía y calidad de la atención (49).	Información recibida de los profesionales	1-2-3	Se produjo/ No se produjo	Cuantitativo / Intervalo	Escala Care M-Q
		Privacidad	4-5	No se produjo, pero no me afectó nada/		
		Apoyo profesional y cuidados recibidos	6-7-8-9	No se produjo y me afectó un poco/		
		Relación interpersonal inadecuada	10-11-12-13-14	No se produjo y me afectó mucho		
		Técnicas inadecuadas o innecesarias	15-16-17-18-19-20	Se produjo/ No se produjo No se produjo, pero no me afectó nada/ No se produjo y me afectó un poco/ No se produjo y me afectó mucho		

### ANEXO 3. Carta de autorización de uso de información de empresa

<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DE EMPRESA</b>	
---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Yo Carlos Alberto Bazán Alfaro

*(Nombre del representante legal o persona facultada en permitir el uso de datos)*

Identificado con DNI o CE N° 10136244, como representante legal de la empresa / institución: Hospital Nacional Sergio E. Bernales con R.U.C. N° 20160588234, ubicada en la ciudad de Lima – Comas.

Otorgo la **AUTORIZACIÓN** de uso de información a:

- 1) Jasmin Airiana Ayala Castillo, con DNI/CE 73439785
- 2) Cynthia Angie Michelles Delgado Varillas, con DNI/CE 75270189

Egresado/s del Programa de pregrado (x) o Programa de Posgrado ( ) de la Universidad Privada del Norte, para que utilice la siguiente información de la empresa:

Aplicación de cuestionario del servicio de obstetricia para recolectar datos para validación de la escala CARE – MQ

*(Detallar la información a entregar, por ejemplo: libros contables, procedimientos, encuesta, plano, documentos del área XXX, etc.)*

con la finalidad de que pueda desarrollar su ( ) Trabajo de Investigación, (x) Tesis o ( ) Trabajo de suficiencia profesional para optar al grado de ( ) Bachiller, ( x ) Título Profesional ( ) Maestro, ( ) Doctor.

Autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, incluyendo su publicación en el repositorio de la Universidad Privada del Norte, contribuyendo con la comunidad educativa y sociedad en su conjunto.

Respecto al uso del nombre y/o cualquier distintivo de la empresa, se determina:

*(marcar con una "X" la opción seleccionada)*

- ( x ) **Mantener en reserva** el nombre y/o cualquier distintivo de la empresa.  
( ) **Autorizo mencionar** el nombre y/o cualquier distintivo de la empresa.

Lima, 16 OCT 2025



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
M.C. CARLOS ALBERTO BAZÁN ALFARO  
DIRECTOR GENERAL  
CNP 017183 RNE 008217

**Firma del Representante Legal o Autoridad**


**DNI o CE: 0136244**

**N° de celular de contacto:**



**Firma del egresado (1)**

**DNI: 73439785**



**Firma del egresado (2)**

**DNI: 75270189**

*Nota: se solicita mantener todos los campos de información requeridos en el presente formato.*

CÓDIGO DE DOCUMENTO	COR-F-REC-VAC-05.04	NÚMERO VERSIÓN	11	PÁGINA	Página 1 de 1
FECHA DE VIGENCIA	22/10/2024				

## ANEXO 4. Aprobación del Comité de Ética del hospital



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALLES

## CONSTANCIA DE DECISIÓN ÉTICA

N° 0176- 2025

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernalles (CIEI-HNSEB) hace constar que el protocolo de investigación denominado: "Validación de la Escala CARE M-Q para la violencia obstétrica en puérperas atendidas en el Hospital Sergio E. Bernalles, Perú 2025" fue **APROBADO** bajo la modalidad de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Investigador:

**Jasmin Airiana Ayala Castillo**  
**Cynthia Angle Michelles Delgado Varillas**

El protocolo de investigación aprobado corresponde a la **versión 01** de fecha **25 de setiembre**, presentado con fines académicos vinculados al proceso de obtención del **Título Profesional en Obstetricia**.

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos en investigación, que incluye el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Las enmiendas en relación con los objetivos, metodología y aspectos éticos de la investigación deben ser solicitadas por el investigador principal al CIEI-HNSEB.

El protocolo de investigación aprobado tiene un periodo de vigencia de 12 meses; desde el 25 de setiembre de 2025 hasta el 24 de setiembre de 2026, y; de ser necesario, deberá solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

De forma semestral, deberá enviarnos los informes de avance del estudio a partir de la presente aprobación y así como el informe de cierre una vez concluido el estudio.

Lima, 25 de setiembre de 2025.



YSQ/jhc

CIEI-OADI: 25/09/2025

ciel.hnseb@gmail.com

Av. Túpac Amaru N° 8000 – Km 14.5 - Comas

Central Telefónica 5580186

## ANEXO 5. Características demográficas

### Edad de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valid	18	4	3.2	1.6	3.2
	19	9	3.6	3.6	6.7
	20	6	2.4	2.4	9.1
	21	10	4.0	4.0	13.1
	22	11	4.4	4.4	17.5
	23	3	1.2	1.2	18.7
	24	10	4.0	4.0	22.6
	25	9	3.6	3.6	26.2
	26	17	6.7	6.7	32.9
	27	10	4.0	4.0	36.9
	28	21	8.3	8.3	45.2
	29	11	4.4	4.4	49.6
	30	14	5.6	5.6	55.2
	31	13	5.2	5.2	60.3
	32	12	4.8	4.8	65.1
	33	7	2.8	2.8	67.9
	34	17	6.7	6.7	74.6
	35	15	6.0	6.0	80.6
	36	8	3.2	3.2	83.7
	37	2	0.8	0.8	84.5
	38	7	2.8	2.8	87.3
	39	2	0.8	0.8	88.1
	40	4	1.6	1.6	89.7
	41	6	2.4	2.4	92.1
	42	2	0.8	0.8	92.9
	43	2	0.8	0.8	93.7
44	5	2.0	2.0	95.6	
45	4	1.6	1.6	97.2	
46	1	0.4	0.4	97.6	
47	3	1.2	1.2	98.8	
49	1	0.4	0.4	99.2	
50	2	0.8	0.8	100.0	
	Total	252	100.0	100.0	

Estado civil de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valid	1	59	23.4	23.4	23.4
	2	53	21.0	21.0	44.4
	3	122	48.4	48.4	92.9
	4	18	7.1	7.1	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

Grado de instrucción de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valid	1	22	8.7	8.7	8.7
	2	123	48.8	48.8	57.5
	3	77	30.6	30.6	88.1
	4	30	11.9	11.9	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

Ocupación de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valid	1	111	44.0	44.0	44.0
	2	67	26.6	26.6	70.6
	3	51	20.2	20.2	90.9
	4	23	9.1	9.1	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

Paridad de las participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valid	G1P1	73	29.0	29.0	29.0
	G2P1	3	1.2	1.2	30.2
	G2P2	77	30.6	30.6	60.7
	G3P1	1	0.4	0.4	61.1
	G3P2	3	1.2	1.2	62.3
	G3P3	1	0.4	0.4	62.7
	G3P3	49	19.4	19.4	82.1
	G4P3	1	0.4	0.4	82.5
	G4P4	33	13.1	13.1	95.6
	G5P4	1	0.4	0.4	96.0
	G5P5	7	2.8	2.8	98.8
	G6P4	1	0.4	0.4	99.2
	G6P6	2	0.8	0.8	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

