



Adaptación y validación peruana de la escala de autoeficacia en el parto vaginal

Peruvian adaptation and validation of the self-efficacy scale for vaginal childbirth

Bladimir Becerra-Canales^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2234-2189>

Ofelia Esther Chávez-Gálvez¹ <https://orcid.org/0009-0007-8515-9430>

Danis Massiel Ventura-Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0003-4525-2714>

Emily Hernández-Huamani² <https://orcid.org/0000-0002-7144-0498>

Percy Gavilán-Chávez² <https://orcid.org/0000-0002-1205-9785>

Enrique Yarasca-Berrocal¹ <https://orcid.org/0000-0002-9816-2205>

Julia Luzmila Reyes-Ruiz¹ <https://orcid.org/0000-0002-7693-6337>

¹Universidad Nacional San Luis Gonzaga (UNSG). Ica, Perú.

²Universidad Privada San Juan Bautista (UPSJB). Ica, Perú.

*Autor para correspondencia. Correo electrónico: bladimir.becerra@unica.edu.pe

RESUMEN

Introducción: La autoeficacia en el parto vaginal de la gestante, influye en la elección del tipo de parto; por lo tanto, es un indicador sanitario que requiere monitoreo contante con instrumentos validados.

Objetivo: Adaptar y validar la escala de autoeficacia en el parto vaginal, en una población de mujeres embarazadas del Perú.

Métodos: Estudio de naturaleza instrumental en 298 mujeres gestantes. Se utilizó el *Self-Efficacy Regarding Vaginal Birth Scale*, que fue sometido a procesos de validez conceptual y adaptación transcultural, prueba piloto, evaluación de sus propiedades métricas y análisis de la confiabilidad.



Resultados: Se confirmó una versión de 9 ítems agrupados en un solo factor general que explicó el 69,01 % de la varianza total y un ajuste excelente del modelo. Los ítems revelan altos índices de discriminación y la escala discrimina según variables sociodemográficas y obstétricas; la validez predictiva y convergente con la variable “prefiere el parto vaginal normal para dar a luz”, resultaron adecuadas; asimismo, la consistencia interna con diversos estimadores.

Conclusiones: La escala de autoeficacia en el parto vaginal en su versión peruana, es válida y fiable para ser utilizada en mujeres embarazadas. Se aconseja su empleo en la práctica clínica e investigación.

Palabras clave: autoeficacia; embarazo; estudio de validación; parto obstétrico; psicometría.

ABSTRACT

Introduction: Self-efficacy in vaginal birth (VBAC) of the pregnant woman influences the choice of the type of delivery; therefore, it is a health indicator that requires constant monitoring with validated instruments.

Objective: To adapt and validate the self-efficacy scale for vaginal birth (SEVB) in a population of pregnant women in Peru.

Methods: Instrumental study in 298 pregnant women. The *Self-Efficacy Regarding Vaginal Birth Scale (SEVB)* was used and underwent conceptual validity and cross-cultural adaptation, pilot testing, evaluation of its metric properties and reliability analysis.

Results: A version with nine items grouped into a single general factor was confirmed, explaining 69.01% of the total variance and showing excellent model fit. The items reveal high discrimination indices, and the scale discriminates according to sociodemographic and obstetric variables. Predictive and convergent validity with the variable “prefers normal vaginal delivery” were adequate, as was internal consistency with various estimators.

Conclusions: The Peruvian version of the self-efficacy scale for vaginal delivery is valid and reliable for use with pregnant women. Its use is recommended in clinical practice and research.

Keywords: obstetric childbirth; pregnancy; psychometrics; self-efficacy; validation study.



Recibido: 22/05/2025

Aprobado: 13/11/2025

INTRODUCCIÓN

El parto es una cuestión crucial de supervivencia en contextos donde los recursos son escasos.⁽¹⁾ La autoeficacia durante el parto vaginal (APV) representa la percepción que las mujeres embarazadas tienen sobre su capacidad para afrontar el estrés del trabajo de parto y culminar de forma exitosa con un nacimiento por vía vaginal.⁽²⁾ Dado que, las acciones humanas según la teoría de autoeficacia de Bandura, se fundamentan en la creencia de las propias habilidades y en los resultados esperados.⁽³⁾ En el ámbito del parto, esta confianza puede desarrollarse de manera positiva o negativa, influenciada por vivencias previas, como interacciones con profesionales de la salud, diálogos con familiares o amigos,⁽³⁾ e incluso con la misma experiencia de parto.⁽⁴⁾ Un nivel bajo de APV se relaciona con una percepción exagerada del riesgo del parto vaginal, intolerancia al dolor, progresión inadecuada del trabajo de parto y un aumento en la tasa de partos operatorios o cesáreas; esto repercute en el bienestar materno, el vínculo madre-hijo y aumenta la incidencia de depresión posparto.⁽⁵⁾ Sin embargo, un alto nivel de autoeficacia estimula el optimismo durante el parto y facilita una transición más positiva hacia la maternidad.⁽⁶⁾ Se evidencia un incremento sostenido en las tasas de cesáreas⁽⁷⁾ que supera el 15 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud, como estándar referencial.⁽⁸⁾ Este panorama ha generado preocupación en los sistemas de salud, quienes buscan estrategias para incrementar las tasas de partos vaginales normales y reducir las cesáreas electivas innecesarias.⁽⁹⁾ No obstante, un estudio peruano⁽¹⁰⁾ reconoce que la cesárea se acepta como método de parto de elección, lo que aumenta su frecuencia. Las escasas investigaciones sobre APV demuestran que esta, no ha recibido el interés que se merece, tal vez por la carencia de instrumentos de medición válidos y confiables, la limitada atención académica o de los actores implicados en el ámbito perinatal.



Dentro de los escasos instrumentos para evaluar la APV, destacan el Inventario de Autoeficacia para el Parto “*Childbirth Self-Efficacy Inventory*”,⁽⁹⁾ además de adaptaciones y validaciones de versiones relacionadas con dicho constructo.^(11,12,13,14) En Taiwán se desarrolló y validó la *Self-Efficacy in Vaginal Birth Scale (SEVB)*,⁽¹⁵⁾ una escala con adecuadas propiedades métricas y fácil de administrar.

En ese panorama, el estudio tiene como objetivo adaptar y validar la escala de autoeficacia en el parto vaginal, en una población de mujeres embarazadas del Perú.

MÉTODOS

Tipo de estudio y población

Estudio de naturaleza instrumental, realizado entre enero hasta abril del 2024 en una población de gestantes controladas en centros de atención primaria (CAP) de una red asistencial de Ica-Perú, conformada por 53 CAP. Se estimó 298 participantes, tamaño muestral que supera el estándar recomendado para validar un instrumento.⁽¹⁶⁾ Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado; para tal efecto, se seleccionó al azar 5 CAP y se asignó una muestra proporcional para cada uno en función a la cantidad de gestantes controladas. Para seleccionar a las gestantes, se fijó un intervalo de salto:

$$k = N/n$$

Se escogió un número aleatorio para iniciar la selección de las participantes en el consultorio obstétrico del CAP.

Se seleccionaron las mujeres embarazadas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: embarazo único, ≥ 28 semanas de edad gestacional, no tener embarazo de alto riesgo y contraindicación para parto vaginal normal, sin antecedentes de consumo de medicamentos neurotóxicos, adicción a las drogas, tabaquismo y consumo de alcohol. Se incluyeron criterios de exclusión como la falta de voluntad para colaborar.



Variables, instrumento y procedimientos

Se empleó la *Self-Efficacy Regarding Vaginal Birth Scale*,⁽¹⁵⁾ diseñado para ser empleado por los profesionales sanitarios en la identificación de mujeres con baja autoeficacia durante el embarazo y proporcionar una intervención adecuada para aumentar su disposición a intentar partos vaginales. El instrumento unidimensional tiene 9 ítems calificados en una escala numérica de 0 a 10 puntos. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 90, mientras son más altas señalan mayor nivel de autoeficacia. Para lograr comparabilidad internacional se tomó en cuenta que puntuaciones mayores o iguales a la media, significa APV alta y puntuaciones menores APV baja.⁽¹⁷⁾

Se evaluó la preferencia del parto, con la siguiente pregunta: ¿Cuál es su preferencia para el nacimiento del bebé? (parto vaginal normal/cesárea/no decidido/ni idea), dicotomizada en “prefiere el parto vaginal normal para dar a luz” (sí y no [incluye cesárea/no decidido/ni idea]).

Se incluyó un cuestionario con variables de caracterización sociodemográficas: edad, grado de instrucción (primaria, secundaria, superior), ocupación (sin ocupación, ama de casa, comerciante, estudiante y otras ocupaciones), ingreso mensual familiar ($>$ al básico, $\leq$ al básico), estado civil (casada, conviviente, separada/divorciada, soltera), cuenta con seguro de salud del estado (sí/no), región de origen (selva, costa, sierra) y área de residencia (rural, urbano marginal) y obstétricas: Grávida-gesta (multigesta, primigesta), edad gestacional, experiencia en trabajo de parto anterior (fácil, difícil, ninguna), participa en clases de preparación para el parto (sí/no) y antecedente de parto por cesárea (sí/no).

Las mujeres embarazadas fueron abordadas en el consultorio obstétrico durante la atención prenatal de rutina. De manera previa, los profesionales obstetras fueron capacitados a fin de garantizar la calidad de la toma de datos. Luego de asegurar que la gestante reunía los criterios de inclusión, se le informó la finalidad del estudio y se obtuvo el consentimiento informado para proceder a recoger variables sociodemográficas y obstétricas. En seguida, se derivó a la gestante a un ambiente privado donde de forma autoaplicada, honesta y reflexiva respondió el SEVB.

El estudio fue respaldado por el Comité de Ética del Hospital Santa María del Socorro de Ica en concordancia con los lineamientos de la Declaración de Helsinki y la expedición de una constancia (CO-001-18-2024/CE).



Análisis estadístico

En el estudio se aceptan índices de variabilidad $\geq 0,20^{(18)}$ y cargas factoriales $\geq 0,50^{(19)}$. Se evaluó la normalidad multivariante de los datos mediante la prueba de Mardia. Las pruebas de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett respaldan el análisis factorial exploratorio (AFE), un valor $\geq 0,50^{(19)}$ se consideró como ajuste adecuado y se utilizó el método de mínimos cuadrados ponderados diagonales robustos (DWLS). El análisis factorial confirmatorio (AFC) incluyó los métodos: RML (máxima verosimilitud robusta), ULS (mínimos cuadrados no ponderados) y RDWLS (mínimos cuadrados ponderados diagonales robustos). Los índices utilizados fueron el χ^2/gl (*ji* cuadrado entre los grados de libertad), el RMSEA (índice de aproximación de la raíz de cuadrados medios del error), SRMR (raíz del residuo cuadrático promedio estandarizado), CFI (índice de ajuste comparativo) y NNFI (índice de ajuste no normalizado), para asegurar un ajuste correcto.^(20,21) La fiabilidad del instrumento se confirmó con un índice $\geq 0,70^{(22)}$.

El estadístico Kolmogorov-Smirnov justificó el uso de pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis), para analizar la validez discriminatoria con variables de caracterización. La validez predictiva empleó modelos lineales de Poisson, considerando la baja APV como variable dependiente y de caracterización como independientes (dicotomizadas). Para la validez convergente, se valuó la asociación entre baja APV con la variable “prefiere el parto vaginal normal para dar a luz” (sí/no), mediante Regresión de Poisson.

Resultados con $p < 0,05$ fueron considerados significativos. Para el análisis se confeccionó una base de datos en SPSS versión 25, se utilizó Factor Analysis 10.3.10 para AFE, y JASP 0.8.4 para AFC y confiabilidad.

RESULTADOS

Participaron 298 gestantes adultas, en las variables sociodemográficas en su mayoría son convivientes (79,2 %) y tienen seguro de salud del estado (96,6 %); en las características obstétricas, no participan en clases de preparación para el parto (85,9 %) y no tienen antecedentes



de parto por cesárea (81,2 %), el rango de edad osciló entre 18 y 41 años ($M = 27,44$; $DE = 5,39$) (tabla 1).

Validez de contenido

Después de solicitar autorización al autor del estudio para emplear el SEVB, el instrumento se tradujo y retradujo, del idioma inglés al español y viceversa. Un equipo de experto de 5 profesionales conformado por 2 obstetras, 2 ginecólogos y 1 experto del diseño y validación de instrumentos documentales, todos con grado académico de doctor y dominio del idioma inglés, realizaron una validación cualitativa en términos de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de los ítems; revisaron aspectos relacionados con el lenguaje y extensión de los reactivos.

La validez conceptual y adaptación transcultural se garantizó mediante el siguiente proceso: primero se valoró la traducción de las preguntas en una escala de 10 puntos, donde 0 significa ninguna dificultad y 10 máxima dificultad. Segundo, se plantearon en los casos necesarios palabras u oraciones alternativas que se ajustaran mejor al lenguaje rutinario de las gestantes de la localidad, conservando el contenido de la versión original del SEVB, hasta lograr una versión de consenso en la que todo el equipo de expertos estuvo de acuerdo (tabla 2).

Acto seguido se realizó un pilotaje en 32 gestantes, para confirmar el entendimiento de las preguntas; todas fueron aprobadas y no sufrieron modificaciones en este proceso. Las gestantes que participaron en la prueba piloto quedaron excluidas de la muestra final.


Tabla 1- Distribución de las variables de caracterización

Variables	Categoría	F	%
Sociodemográficas			
Grupo etario (años)	18-29 (adulto joven)	190	63,8
	30-41 (adulto)	108	36,2
Grado de instrucción	Primaria	48	16,1
	Secundaria	188	63,1
	Superior	62	20,8
Ocupación	Sin ocupación	16	5,4
	Ama de casa	202	67,8
	Comerciante	34	11,4
	Estudiante	18	6,0
	Otros	28	9,4
Ingreso mensual familiar	> al básico	242	81,2
	≤ al básico	56	18,8
Estado civil	Casada	30	10,1
	Conviviente	236	79,2
	Separada/divorciada	6	2,0
	Soltera	26	8,7
Seguro de salud del estado	Sí	288	96,6
	No	10	3,4
Región de origen	Selva	22	7,4
	Costa	206	69,1
	Sierra	70	23,5
Área de residencia	Rural	114	38,3
	Urbano marginal	184	61,7
Obstétricas			
Grávida-gesta	Multigesta	204	68,5
	Primigesta	94	31,5
Edad gestacional (semanas)	28-31	142	47,7
	32-35	76	25,5
	36-40	80	26,8
Experiencia en trabajo de parto anterior	Fácil	96	32,2
	Difícil	134	45,0
	Ninguna	68	22,8
Participa en clases de preparación para el parto	Sí	42	14,1
	No	256	85,9
Antecedente de parto por cesárea	Sí	56	18,8
	No	242	81,2




Tabla 2 - Ítems de la versión original en inglés y traducción al español del SEVB

Ítems	Versión en inglés	Versión en español
1	I am confident in having a smooth vaginal birth.	Tengo la confianza que puedo tener un parto vaginal sin problemas
2	I have confidence in my pelvic anatomy and overall body build for a successful birth.	Confío en mi anatomía pélvica y en mi constitución física para tener un parto vaginal satisfactorio.
3	I know that I can supply adequate nutrition for my baby to undergo a vaginal birth.	Sé que puedo proporcionar una nutrición adecuada a mi bebé, si tengo un parto vaginal
4	I am confident in dealing with pain from uterine contractions during vaginal birth.	Tengo la seguridad que puedo afrontar el dolor de las contracciones uterinas durante el parto vaginal.
5	I can handle myself during vaginal birth.	Puedo relajarme durante el parto vaginal.
6	I am confident in cooperating with medical personnel during vaginal birth.	Puedo colaborar con el personal de salud que atenderá mi parto vaginal
7	When problems arise during labor, I have more than one way to counter them.	De ocurrir problemas durante el parto vaginal, tengo estrategias para evitarlo o contrarrestarlo
8	I am well-prepared for the challenges of vaginal birth.	Estoy bien preparada para afrontar los retos del parto vaginal
9	Family support gives me strength to overcome the challenges of vaginal birth.	El apoyo de la familia me da fuerzas para afrontar los retos del parto vaginal

Validez de constructo

Los valores de discriminación de los ítems resultaron excelentes, con índices superiores a 4,13. En el análisis Mardia se encontró un coeficiente de asimetría de 33,335 ($gl= 165$; $p=1,0$) y de curtosis de 161,924 ($p= 0,000$), estos valores demuestran que los datos no siguen una distribución normal multivariante, debido a la curtosis excesiva; por tal razón, se utilizó el método de extracción DWLS y la matriz de correlación policórica. El APH, corroboró la estructura monofactorial del SEVB, al constatar que el autovalor real supera al autovalor aleatorio. La evaluación de idoneidad de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,926) y el test de esfericidad de *Bartlett* ($\chi^2= 2414,8$; $gl= 36$; $p< 0,001$) confirmaron la factibilidad del análisis factorial. El único factor obtenido explicó el 69,01 % de varianza total y los pesos factoriales, superaron el valor de 0,54. La consistencia interna del SEVB, resultó alta [$\alpha= 0,936$; $\omega= 0,941$; $\lambda_6= 0,947$ (IC95 %: 0,924-0,946)] y en los ítems se obtuvieron valores superiores a 0,92 (tabla 3).



Tabla 3 - Análisis paralelo de Horn, valor de discriminación, peso factorial y valor de consistencia interna del SEVB

Ítems	AR	APA	D	PF	Consistencia interna		
					ω	α	λ_6
1	73,10*	22,65	5,762	0,882	0,930	0,923	0,936
2	9,90	19,32	5,082	0,900	0,930	0,923	0,934
3	6,25	16,45	4,983	0,856	0,933	0,927	0,937
4	4,42	13,69	5,114	0,934	0,927	0,921	0,932
5	3,08	11,00	5,452	0,842	0,933	0,926	0,936
6	1,82	8,37	4,584	0,824	0,935	0,929	0,937
7	1,15	5,66	7,427	0,544	0,947	0,947	0,948
8	0,27	2,86	5,121	0,820	0,934	0,926	0,937
9	0,21	1,98	4,136	0,678	0,941	0,934	0,946

AR: autovalor real. APA: autovalor promedio aleatorio. PF: peso factorial.

D: valor de discriminación. ω : McDonald's. α : Cronbach's. λ_6 : Gutmann's.

Mediante un análisis de ecuaciones estructurales, con tres métodos de estimación, RML, ULS y RDWLS, se revisó la idoneidad del modelo propuesto. Los criterios de ajuste establecidos fueron alcanzados solo con el método RDWLS, en comparación con métodos alternativos (RML y ULS); los cuales, por asumir la normalidad multivariante o corregir/relajar esos supuestos el ajuste pudo verse afectado y generar variaciones en los índices de ajuste (tabla 4).

Tabla 4 - Índices de bondad de ajuste del modelo en 3 métodos de estimación

Modelo	Método	χ^2	gl	NNFI	CFI	SRMR	RMSEA	IC 90 %
SEVB	RML	211,172	27	0,895	0,921	0,047	0,151	[0,133 -0,171]
	ULS	1029,154	27	1,988	0,991	0,046	0,354	[0,335 -0,372]
	RDWLS	21,935	27	1,003	1,000	0,047	0,000	[0,000 -0,034]

Validez discriminativa o por prueba de hipótesis

El SEVB mostró puntuaciones globales en un rango de 9 a 85 y no evidenciaron distribución normal con el estadístico Kolmogorov-Smirnov. Las siguientes medidas de tendencia central y dispersión fueron obtenidas para el total de la sumatoria del SEVB: M= 63,46 y DE= 16,63 (KS= 0,156;



$p=0,000$); $Me=68,0$; $RIC=56,0-75,0$. El 36,9 % de los participantes obtuvieron puntuaciones inferiores a la media. Mayor nivel de APV, dada por las puntuaciones más altas fueron revelados por las mujeres de 30 a 41 años, comerciantes, ingreso mensual mayor al básico, estado civil casada, con seguro de salud del estado, región de origen de la selva, área de residencia rural, experiencia en trabajo de parto anterior fácil y sin antecedente de parto por cesárea, en todos los casos las diferencias fueron significativas. Por tal razón, el *SEVB* tiene la capacidad de discriminar la APV en las variables sociodemográficas y obstétricas (tabla 5).


Tabla 5 - Validez discriminante del SEVB, según variables de caracterización

Variables	Categoría	APV		
		M	DE	Valor p
Sociodemográficas				
Grupo etario (años)	18-29 (adulto joven)	61,14	17,1	0,001
	30-41 (adulto)	67,55	14,9	
Grado de instrucción	Primaria	64,0	12,2	0,166
	Secundaria	63,10	18,2	
	Superior	64,16	14,3	
Ocupación	Sin ocupación	61,12	16,9	0,045
	Ama de casa	63,80	15,6	
	Comerciante	66,0	19,8	
	Estudiante	54,44	20,7	
	Otros	65,07	15,1	
Ingreso mensual familiar	> al básico	65,54	13,8	0,015
	≤ al básico	54,50	23,5	
Estado civil	Casada	70,86	7,3	0,000
	Conviviente	63,76	17,2	
	Separada/divorciada	52,33	12,5	
	Soltera	54,84	14,9	
Seguro de salud del estado	Sí	63,79	16,7	0,014
	No	54,0	11,1	
Región de origen	Selva	69,63	12,5	0,004
	Costa	63,62	17,6	
	Sierra	61,08	14,0	
Área de residencia	Rural	65,85	18,6	0,000
	Urbano marginal	61,98	15,1	
Obstétricas				
Grávida-gesta	Multigesta	63,63	17,1	0,602
	Primigesta	63,10	15,4	
Edad gestacional (semanas)	28-31	61,76	18,1	0,363
	32-35	63,86	17,0	
	36-40	66,12	12,6	
Experiencia en trabajo de parto anterior	Fácil	69,22	14,0	0,000
	Difícil	59,49	17,1	
	Ninguna	63,17	16,7	
Participa en clases de preparación para el parto	Sí	65,09	17,7	0,199
	No	63,20	16,46	
Antecedente de parto por cesárea	Sí	48,89	20,1	0,000
	No	66,84	13,6	





Validez predictiva

En el análisis de regresión de Poisson con las variables sociodemográficas y obstétricas, el grupo de edad de 30-41 años (RPa 1,24; IC95 %: 1,07-1,44), ingreso mensual > al básico (RPa 1,33; IC95 %: 1,05-1,69), estado civil casada (RPa 2,49; IC95 %: 1,25-4,99) y conviviente (RPa 2,79; IC95 %: 1,44-5,40), región de origen costa (RPa 1,27; IC95 %: 1,00-1,61) y selva (RPa 1,33; IC95 %: 1,00-1,78), experiencia del parto anterior fácil (RPa 1,44; IC95 %: 1,18-1,75) y sin experiencia de parto (RPa 1,41; IC95 %: 1,07-1,85), participa en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (RPa 1,28; IC95 %: 0,99-1,65) y no tiene antecedentes de parto por cesárea (RPa 2,35; IC95 %: 1,50-3,68), se asociaron con mayor APV. La prueba de omnibus resultó significativo ($p < 0,001$) en consecuencia el modelo predictivo propuesto predice un resultado.

Validez convergente

En el grupo de gestantes que no prefieren el parto vaginal para el nacimiento del bebe el 100 % tenía baja APV. En el análisis de regresión bivariado se encontró una razón de prevalencia de baja APV de 3,54 y el valor p significativo (0,000) demuestra la asociación de la variable esperada (no prefiere el parto vaginal normal para dar a luz) con baja APV, esto revela la validez convergente del instrumento.

DISCUSIÓN

El estudio adaptó y validó el *SEVB* sobre APV en una muestra peruana de mujeres embarazadas. La confiabilidad interna observada en el *SEVB* fue consistente con valores elevados reportados por instrumentos que miden el mismo constructo,^(23,24) lo que refleja un nivel comparable en diversos contextos al garantizar una medición confiable de la APV.

Desde el enfoque factorial, la estructura unifactorial del *SEVB* en su versión peruana, es congruente con la versión original;⁽¹⁵⁾ no obstante, la varianza resultó mayor, este patrón se observa como adecuado para captar aspectos esenciales de la autoeficacia y puede permitir identificar diferencias según preferencias y resultados obstétricos.⁽¹⁵⁾



Los índices de variabilidad de los ítems superan el estándar recomendado⁽¹⁸⁾ y la escala diferencia de manera satisfactoria según, variables de caracterización. Al encontrar diferencias estadísticas entre las puntuaciones de la escala con estas variables⁽²⁵⁾ se evidencia que la *SEVB* discrimina entre grupos de mujeres embarazadas, al diferenciar la APV según particularidades sociodemográficas y obstétricas de manera válida.

La validez predictiva evidenció que variables sociodemográficas y obstétricas se asocian con mayor APV. Las mujeres de 30 a 41 años presentan niveles más altos; esto es congruente con estudios que reportan menor APV en mujeres jóvenes (18-29 años)⁽²⁶⁾ y en aquellas de 24 años o menos.⁽²⁾ También se destacan como predictores significativos un ingreso mensual mayor al básico, experiencias previas de parto fáciles y sin cesáreas, tal como se ha reportado.⁽²⁷⁾

Por otro lado, la validez convergente refuerza la idea que "una baja APV incrementa la no preferencia del parto vaginal normal y en consecuencia, los nacimientos por cesárea". Diversos estudios^(15,27,28,29,30) han demostrado que frente a una mayor APV, se observa mayor prevalencia y preferencia por el parto vaginal; esto contribuye a la reducción de cesáreas innecesarias. Un estudio⁽³¹⁾ realizado en China, refuerza la convergencia del instrumento al demostrar correlaciones significativas entre la autoeficacia y factores como la resiliencia y la ansiedad prenatal.

En cuanto a la adaptación cultural, los ajustes realizados para optimizar la comprensión en la muestra peruana, se alinean con las recomendaciones actuales.⁽¹³⁾ Este proceso garantiza que el instrumento no solo mida con precisión, sino que también sea significativo para la población evaluada.

En ese contexto, adaptar y validar el *SEVB* en el Perú, no solo permitiría evaluar la APV, sino generar intervenciones efectivas para incrementar la APV y reducir la alta tasa de parto por vía cesárea, reportados en dos investigaciones previas.^(10,32)

Respecto a las limitaciones la muestra circunscrita a cinco CAP, podría restringir la generalización de los resultados a otras poblaciones con características sociodemográficas y obstétricas diferentes; no obstante, el diseño instrumental y analítico del estudio le confiere validez externa. Por otro lado, la validez concomitante del *SEVB* con otros instrumentos que miden el mismo constructo y la



validez convergente con factores psicosociales adicionales, podrían representar una limitación; se recomienda incorporar estos procesos y variables en futuros estudios.

En conclusión, la *SEVB* en su versión para Perú, reporta indicadores de validez y confiabilidad dentro de los parámetros exigidos en psicometría; la consistencia interna y validez de constructo explorada por medio de análisis factoriales, discriminativa, predictiva y convergente, indican que el instrumento es apropiado para evaluar la APV en contextos clínicos y de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Munkhondya B, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi [Internet]. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20(1):48. DOI: [10.1186/s12884-019-2717-5](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2717-5)
2. Simon T, Fikadu K, Afework B, Alemu H, Kussia B. Childbirth self-efficacy and its associated factors among pregnant women in Arba Minch town, Southern Ethiopia, 2023: A cross-sectional study [Internet]. J Pregnancy. 2024; 2024:1-8. DOI: [10.1155/2024/6478172](https://doi.org/10.1155/2024/6478172)
3. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change [Internet]. Psychological Review. 1997; 84(2):191-215. DOI: [10.1037//0033-295x.84.2.191](https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191)
4. Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Jafarabadi MA, Iravani M. Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women [Internet]. BMC Pregnancy Childbirth. 2021; 21(1):642 DOI: [10.1186/s12884-021-04114-8](https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8)
5. Tani F, Castagna V. Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women[Internet]. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017; 30(6):689-92. DOI: [10.1080/14767058.2016.1182980](https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1182980)
6. Li M, Wacharasin C, Tachasuksri T. Factors predicting self-efficacy during birth in Chinese women: a cross-sectional study [Internet]. Br J Midwifery. 2023; 31(7):396-406. DOI: [10.12968/bjom.2023.31.7.396](https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.7.396)



7. Franco-Netto R, Franco-Netto J, da Silva-Botaro H, da Silva-Botaro M, de Carvalho-Leal H, Ferreira-Rodrigues A, et al. Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital público de Paraguay [Internet]. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2023; 8(3):45-50. DOI: [10.47784/rismf.2023.8.3.167](https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.3.167)
8. World Health Organization. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [acceso: 26/01/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
9. Calpbini P, Özçirpan ÇY. The effect of the training program provided to primiparous pregnant women through the motivational interview method on their fear of childbirth, childbirth self-efficacy, and delivery mode: a randomized controlled trial [Internet]. *Curr Psychol*. 2023; 42(25):21609-23. DOI: [10.1007/s12144-022-03285-7](https://doi.org/10.1007/s12144-022-03285-7)
10. Barrena-Neyra M, Quispesaraiva-Ildefonso P, Flores-Noriega M, Leon-Rabanal C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú [Internet]. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2020; 66(2):00004. DOI: [10.31403/rpgo.v66i2246](https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246)
11. Massae AF, Larsson M, Leshabari S, Mbekenga C, Pembe AB, Svanberg AS. Fear of childbirth: validation of the Kiswahili version of Wijma delivery expectancy/experience questionnaire versions A and B in Tanzania [Internet]. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1):882. DOI: [10.1186/s12884-022-05134-8](https://doi.org/10.1186/s12884-022-05134-8)
12. Vargas-Porras C, Roa-Díaz ZM, Barnes C, Adamson-Macedo EN, Ferré-Grau C, De Molina-Fernández MI. Psychometric properties of the Spanish version of the perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool for primiparous women [Internet]. *Matern Child Health J*. 2020; 24(5):537-45. DOI: [10.1007/s10995-019-02860-y](https://doi.org/10.1007/s10995-019-02860-y)
13. Zinsser LA, Schmidt G, Stoll K, Gross MM. Challenges in applying the short Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI-C32) in German [Internet]. *Eur J Midwifery*. 2021; 5:18. DOI: [10.18332/ejm/136453](https://doi.org/10.18332/ejm/136453).
14. Onchonga D, Várnagy Á, Amer F, Viktoria P, Wainaina P. Translation and validation of the Swahili version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire version A (W-DEQ-A) [Internet]. *Sex Reprod Healthc*. 2021; 29:100626. DOI: [10.1016/j.srhc.2021.100626](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100626)



15. Chu KH, Chen AC, Tai CJ, Chen SF, Chien LY. Development and validation of the self-efficacy regarding vaginal birth scale [Internet]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2017; 46(1):e13-21. DOI: [10.1016/j.jogn.2016.08.010](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.010)
16. Roco-Videla Á, Hernández-Orellana M, Silva-González O. ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? [Internet]. Nutr. Hosp. 2021; 38(4):877-78. DOI: [10.20960/nh.03633](https://doi.org/10.20960/nh.03633)
17. Mbwali I, Mbalinda SN, Kaye DK, Ngabirano TD. Factors associated with low childbirth self-efficacy for normal birth amongst women attending an urban prenatal clinic in Eastern Uganda [Internet]. Midwifery. 2022; 111(103358):103358. DOI: [10.1016/j.midw.2022.103358](https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103358)
18. Ebel R, Frisbie D. Essentials of Education Measurement. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1986.
19. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Hernández-Dorado A, Muñiz J. Decalogue for the Factor Analysis of Test Items. Psicothema. 2022; 34(1):7-17. DOI: [10.7334/psicothema2021.456](https://doi.org/10.7334/psicothema2021.456)
20. Sideridis G, Jaffari F. An R function to correct fit indices and omnibus tests in confirmatory factor analysis [Internet]. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2022; 55(1):48-70. DOI: [10.1080/07481756.2021.1906159](https://doi.org/10.1080/07481756.2021.1906159)
21. McNeish D, Wolf M. Dynamic fit index cutoffs for confirmatory factor analysis models [Internet]. Psychological Methods. 2023; 28(1):61-88. DOI: [10.1037/met0000425](https://doi.org/10.1037/met0000425)
22. Romo C, Tobon S, Juarez-Hernandez L. Diseño y validación de un instrumento para evaluar la práctica docente centrada en la metacognición en el aula [Internet]. Cuad Investig Educ Montevideo. 2020; 11(2):55-76. DOI: [10.18861/cied.2020.11.2.2981](https://doi.org/10.18861/cied.2020.11.2.2981)
23. Gao LL, Ip WY, Sun K. Validation of the short form of the Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory in Mainland China [Internet]. Res Nurs Health. 2011; 34(1):49-59. DOI: [10.1002/nur.20400](https://doi.org/10.1002/nur.20400)
24. Suryaningsih EK, Zulala NN, Lestari S, Nguyen TV. Translation and Validation of Childbirth Self-Efficacy Inventory into Indonesia [Internet]. Open-Access Maced J Med Sci. 2022; 10(G):534-40. DOI: [10.3889/oamjms.2022.9135](https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9135)



25. Izquierdo-Cardenas S, Caycho-Rodríguez T, Barboza-Palomino M, Reyes-Bossio M. Insatisfacción corporal en mujeres universitarias: nuevas evidencias psicométricas del Body Shape Questionnaire de 14 ítems (BSQ-14) [Internet]. CPD. 2021; 21(2):112–26. DOI: [10.6018/cpd.432521](https://doi.org/10.6018/cpd.432521)
26. Sun N, Yin X, Qiu L, Yang Q, Shi X, Chang J, et al. Factors associated with Chinese pregnant women's preference for a cesarean section based on the theory of planned behaviour [Internet]. Trop Med Int Health. 2020; 25(2):209-15. DOI: [10.1111/tmi.13323](https://doi.org/10.1111/tmi.13323)
27. Donyaei-Mobarrez Y, Rezasoltani P, Rafat F, Kazemnejad Leyli E. Evaluation of childbirth self-efficacy and associated factors among pregnant women [Internet]. J Educ Health Promot. 2023; 12(1): 330. DOI: [10.4103/jehp.jehp_1770_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1770_22)
28. Çankaya S, Şimşek B. Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study [Internet]. Clin Nurs Res. 2021; 30(6):818-29. DOI: [10.1177/1054773820916984](https://doi.org/10.1177/1054773820916984)
29. Heidari Z, Mohammadi F, Kohan S, Farzi S, Khosravi M. The effect of pregnancy training classes based on bandura self-efficacy theory on postpartum depression and anxiety and type of delivery [Internet]. J Educ Health Promot. 2021; 10(1):273. DOI: [10.4103/jehp.jehp_105_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_105_21)
30. Firouzan L, Kharaghani R, Zenoozian S, Moloodi R, Jafari E. The effect of midwifery led to counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women [Internet]. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20(1): 522. DOI: [10.1186/s12884-020-03230-1](https://doi.org/10.1186/s12884-020-03230-1)
31. Ma R, Yang F, Zhang L, Sznajder KK, Zou C, Jia Y, et al. Resilience mediates the effect of self-efficacy on symptoms of prenatal anxiety among pregnant women: a nationwide smartphone cross-sectional study in China [Internet]. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2021; 21(1): 430. DOI: [10.1186/s12884-021-03911-5](https://doi.org/10.1186/s12884-021-03911-5)
32. Rozo-Agudelo N, Daza-Barrera SC. Estimación de la frecuencia del parto vaginal instrumentado en Colombia en los años 2015 – 2019. Estudio transversal de registros



poblacionales [Internet]. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2022; 73(4):358-6. DOI:
[10.18597/rcog.3878](https://doi.org/10.18597/rcog.3878)

Conflictos de interés

Ninguno declarado.

Financiamiento

Autofinanciado por los autores.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Bladimir Becerra-Canales*.

Curación de datos: *Ofelia Chávez-Gálvez*.

Análisis formal: *Bladimir Becerra-Canales, Ofelia Chávez-Gálvez y Danis Ventura-Fernández*.

Investigación: *Emily Hernández-Huamaní y Percy Gavilán-Chávez*.

Metodología: *Bladimir Becerra-Canales y Enrique Yarasca-Berrocal*.

Administración del proyecto: *Julia Ruiz-Reyes*.

Recursos: *Julia Ruiz-Reyes*.

Software: *Emily Hernández-Huamaní*.

Supervisión: *Danis Ventura-Fernández*.

Validación: *Bladimir Becerra-Canales*.

Visualización: *Julia Ruiz-Reyes*.

Redacción – borrador original: *Bladimir Becerra-Canales*.

Redacción – revisión y edición: *Bladimir Becerra-Canales, Emily Hernández-Huamaní, Percy Gavilán-Chávez, Enrique Yarasca-Berrocal y Julia Ruiz-Reyes*.



Declaración de disponibilidad de los datos

La base de datos está disponible para los lectores previa petición al autor corresponsal al siguiente correo: bladimir.becerra@unica.edu.pe

Archivos complementarios:

Base de datos (Excel). Disponible en:

<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/libraryFiles/downloadPublic/110>

Escala de autoeficacia para el parto vaginal versión peruana (PDF). Disponible en:

<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/libraryFiles/downloadPublic/109>